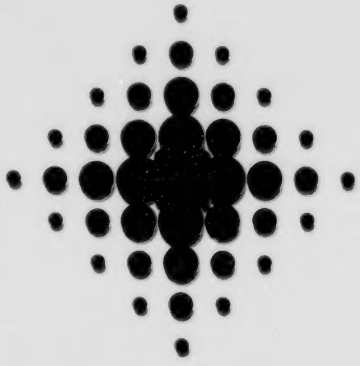
29

Recherche

LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Les coûts et le financement du système socio-sanitaire

André-Pierre Contandriopoulos,
Anne Lemay,
Geneviève Tessier



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

29

Recherche

Les coûts et le financement du système socio-sanitaire

André-Pierre Contandriopoulos,
Anne Lemay,
Geneviève Tessier

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08475-X

GRIS
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

LES COÛTS ET LE FINANCEMENT DU SYSTÈME SOCIO-SANITAIRE

Chapitre synthèse

André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D.
Chercheur

Anne Lemay, M.Sc.
Assistante de recherche

Geneviève Tessier, M.Sc.
Assistante de recherche

Université de Montréal
Septembre 1987

REMERCIEMENTS

Les auteurs veulent souligner l'aide de nombreux collaborateurs. Nous tenons à remercier Nicolas Béland et Jacynthe Loiselle pour l'imposant travail technique, Louise Valois pour la révision des textes et mesdames Ginette Dolbec, Claudette Crevier, Josée Tessier et Thérèse Langlois qui ont dactylographié le texte et les nombreux tableaux et enfin, André Paquet et Pierrette Bertrand, informaticiens, pour le travail de programmation.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Remerciements	i
Liste des tableaux	iv
Liste des figures	v
Liste des graphiques	vi
1. La dynamique du système socio-sanitaire	2
1.1 Description du système socio-sanitaire	3
1.2 Le fonctionnement dynamique du système socio-sanitaire	9
2. Le financement du système socio-sanitaire	19
2.1 Délimitation empirique du système socio-sanitaire	20
2.2 Analyse du financement par le fédéral des services de santé et des services sociaux	23
2.3 Analyse du financement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	29
2.4 Analyse du financement de la Régie de l'assurance-maladie (RAMQ)	32
2.5 Analyse du financement des centres hospitaliers	38
2.5.1 Le financement des dépenses d'exploitation	39
2.5.2 Le financement des immobilisations	44
2.6 Conclusion sur l'analyse des mécanismes de financement du système socio-sanitaire	61
3. Les modalités de paiement des ressources	68
3.1 Cadre d'analyse	69
3.2 Le paiement des ressources humaines au Québec	82
3.3 Le paiement des ressources et les finalités du système socio-sanitaire: les expériences étrangères	88
4. Les coûts du système socio-sanitaire	105
4.1 Les informations statistiques disponibles	107
4.2 Les coûts du système socio-sanitaire du Québec: évolution, importance relative et structure	111
4.2.1 Place du système socio-sanitaire dans l'économie québécoise	111
4.2.2 La structure des coûts	115
4.2.3 La prise en charge des coûts	120
4.3 La position du système socio-sanitaire québécois par rapport à celui d'autres économies	124

Page

4.3.1 Comparaison des coûts 124
4.3.2 Comparaison des structures de coûts . 125
4.4 Appréciation de l'efficience économique du système socio-sanitaire public 127
4.5 La performance relative des systèmes socio-sanitaires canadien et québécois par rapport à ceux des pays de l'O.C.D.E. 141

5. Conclusion 158

Bibliographie 167

LISTE DES TABLEAUX

		Page
Tableau 1	Evolution de la part des dépenses de santé dans le PIB au Québec	110
Tableau 2	Dépenses pour les services de santé au Québec 1960-1985	112
Tableau 3	Importance du financement public des principaux secteurs du sous-système de santé, Québec et ensemble du Canada 1984-85	123
Tableau 4	Mécanismes de contrôle des coûts des différents centres de responsabilités du système socio-sanitaire du Québec de 1979-80 à 1984-85	136
Tableau 5	Regroupement des pays en fonction du profil de dépenses de santé	148
Tableau 6	Regroupement des pays en fonction de l'utilisation des services hospitaliers	150
Tableau 7	Regroupement des pays en fonction des indicateurs de résultats	152
Tableau 8	Classification des pays en fonction de l'indicateur d'efficience ou de productivité	153A
Tableau 9	Classificiation des pays en fonction des indicateurs d'efficacité	154A
Tableau 10	Classsification des pays en fonction de l'indicateur de rendement	156A

LISTE DES FIGURES

		page
Figure 1	Description du système socio-sanitaire	4
Figure 2	Classification des interventions du système socio-sanitaire	11
Figure 3	Cadre de référence pour la planification de la santé	62
Figure 4	Le processus d'utilistion des services de santé	73
Figure 5	Les caractéristiques fondamentales des services de santé et leurs réponses institutionnelles	76
Figure 6	La régulation du système de soins	89
Figure 7	Les modalités de paiement des médecins dans divers pays industrialisés	90
Figure 8	Les modalités de paiements des ressources et les objectifs du système socio-sanitaire	103A
Figure 9	Classification des interventions du système socio-sanitaire	130
Figure 10	Indicateurs de performances du système socio-sanitaire	143
Figure 11	Liste des variables utilisées	146

LISTE DES GRAPHIQUES

		Page
Graphique 1	Variation en pourcentage de la contribution du fédéral	30
Graphique 2	Part relative des crédits budgétaires par secteur du ministère des Affaires sociales . . .	33
Graphique 3	Variation en pourcentage des revenus totaux de la RAMQ	37
Graphique 4	Pourcentage des dépenses en capital et en construction par rapport aux dépenses totales en santé (Canada)	46
Graphique 5	Dépenses en immobilisations per capita	48
Graphique 6	La part des dépenses totales de construction dans l'ensemble des dépenses en santé	50
Graphique 7	Sources de financement des dépenses en capital, Québec, Ontario, Canada, 1985	96
Graphique 8	Positionnement du système socio-sanitaire dans l'économie québécoise	113
Graphique 9	Part des dépenses de soins personnels et autres dépenses dans les dépenses totales de santé, Québec	117
Graphique 10	Décomposition des dépenses de soins personnels, Québec	118
Graphique 11	Dépenses publiques pour les services de santé au Québec, 1960-1985	121
Graphique 12	Dépenses réelles per capita pour la santé. Comparaison du système de santé québécois avec ceux de l'Ontario, du Canada et des Etats-Unis .	126
Graphique 13	Centres hospitaliers, coûts, jours-présences, vérités, prix	137
Graphique 14	Croissance du coût total des services médicaux par rapport à la croissance du nombre de médecins et de celles des prix et de l'indice tarifaire	139

Les buts des recherches et des analyses que nous avons menées dans le cadre du projet sur les coûts et le financement du système socio-sanitaire sont les suivants (C.E.S.S.S.S, programme de recherche, 1986):

- Elaboration d'un cadre d'analyse permettant de comprendre la dynamique du système socio-sanitaire.
- Analyse des coûts du système socio-sanitaire du Québec (niveau, évolution, composition).
- Analyse comparative des coûts du système socio-sanitaire du Québec par rapport à ceux des autres provinces du Canada et d'autres pays.
- Analyse des modalités de contrôle des coûts utilisés par le gouvernement du Québec et de leurs conséquences en termes de réaffectation des ressources.
- Description des sources et des circuits de financement des différentes composantes du système socio-sanitaire.
- Analyse de l'impact sur le fonctionnement et les finalités du système socio-sanitaire de différentes modalités de financement et de paiements de ressources.

L'objet de ce chapitre synthèse est d'une part, de résumer les principaux résultats présentés de façon détaillée dans les trois autres chapitres et d'autre part, de discuter de l'implication de ces résultats en regard du mandat de la Commission.

Notre rapport est en effet constitué par un chapitre synthèse et par trois chapitres donnant un cadre d'analyse, une description et des analyses détaillées sur les modalités de financement et de paiement et sur les coûts du système socio-sanitaire du Québec. Le lecteur pressé pourra commencer par lire le chapitre synthèse dans lequel, par souci de clarté, sont reproduits plusieurs tableaux ou graphiques qui apparaissent aussi dans les autres chapitres.

1. La dynamique du système socio-sanitaire

Dans tous les pays, et pour tous les partis politiques, la croissance des dépenses de santé pose un problème majeur. Une impression générale émerge, quelque chose doit être fait, la dynamique de croissance dont ont fait preuve les systèmes socio-sanitaires doit être modifiée. Si, généralement, on s'accorde à reconnaître que le système socio-sanitaire a joué un rôle très important durant les 40 dernières années, il apparaît que les pays développés ne pourront pas aborder le XXIe siècle, compte tenu de leurs dynamismes économiques, sociaux et démographiques, sans entreprendre une réflexion en profondeur sur leur système socio-sanitaire (O.C.D.E., 1985). Ils sont en effet tous, à des degrés divers, placés devant le dilemme d'une demande sans cesse croissante pour les services du système socio-sanitaire qu'il faudrait satisfaire avec des ressources qui ne peuvent augmenter au même rythme. La demande est en effet largement nourrie par le phénomène du vieillissement des populations, par l'évolution de la couverture des risques sociaux et par le développement technologique. Les ressources, que les Etats affectent au financement des systèmes socio-sanitaires, ne peuvent plus augmenter compte tenu de l'environnement économique, social et culturel qui prévaut (Berthod, 1987, Lansé, 1987, O.H.R.P., 1987). Pour tenter de résoudre ce dilemme, il convient de commencer par bien comprendre la dynamique profonde qui anime les systèmes socio-sanitaires, puis d'analyser les

modalités de financement et de paiement des ressources ainsi que les coûts du système et leur évolution dans le but de déterminer les leviers sur lesquels il est possible d'agir pour infléchir l'ensemble du système afin de lui permettre de rencontrer plus efficacement ses finalités.

1.1 Description du système socio-sanitaire

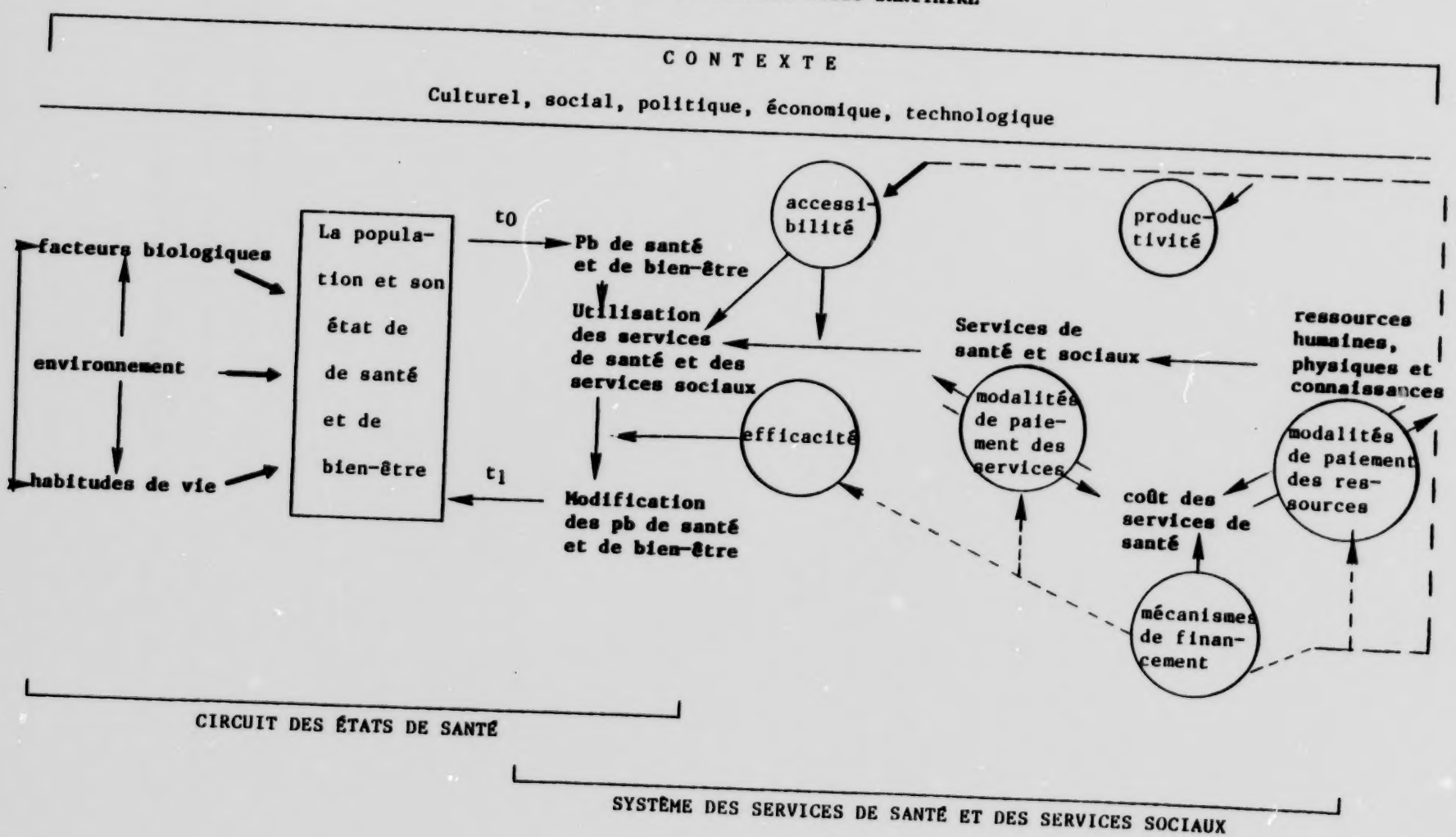
Le système socio-sanitaire, globalement, peut être défini comme l'interaction au sein d'un environnement de deux sous-systèmes: le circuit des états de santé et le système des services de santé et des services sociaux.

Cette définition, illustrée schématiquement sur la figure 1, place les problèmes de santé de la population et leur modification au centre de l'analyse. Ce sont en effet ces problèmes et la capacité du système de services de santé et des services sociaux à les corriger qui légitiment son existence et son importance. Il faut, avant d'aller plus loin, préciser que par état de santé nous entendons à la fois la notion d'équilibre physique et mental de l'individu avec son environnement et la notion d'équilibre des relations sociales entre les individus dans un environnement donné.

Le circuit des états de santé porte principalement sur l'apparition des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, c'est-à-dire de l'influence sur la santé des trois grandes catégories de

FIGURE 1

DESCRIPTION DU SYSTÈME SOCIO-SANITAIRE



risques auxquelles une population est soumise. Il s'agit des risques qui affectent la biologie humaine, ceux qui sont liés à l'environnement physique et social, dans lequel vit et travaille la population, et enfin ceux qui sont associés aux habitudes de vie de chaque individu.

Le circuit des états de santé est aussi concerné par l'efficacité (ainsi que par des effets iatrogéniques) des services de santé et des services sociaux, c'est-à-dire par l'influence qu'ont ces services sur l'état de santé d'une population.

On parle de circuit des états de santé (Dumesnil et Fagnani, 1975) à cause de la nature du phénomène à l'étude. La santé est en effet un état essentiellement dynamique. Chaque problème de santé ou problème social suit une évolution dans le temps qui va de son apparition à un moment donné (temps: t_0 sur la figure 1) jusqu'à sa disparition (guérison, rémission, stabilisation du cas) (temps: t_1 sur la figure 1).

Les services de santé et les services sociaux ont, dans ce processus dynamique, comme rôle principal d'altérer le processus naturel d'évolution des problèmes de santé, et des problèmes sociaux, de les raccourcir, d'en changer l'issue. Ils ne peuvent donc pas, en général, prévenir l'apparition de ces problèmes.

A ce premier élément de circularité, il faut aussi en ajouter un autre. Celui-là est associé à la définition et à la mesure des problèmes de santé ou des problèmes sociaux. Le "codage" de ces problèmes n'est pas unique, il dépend de celui qui le fait: l'individu, le système des services de santé et des services sociaux, la société (Pineault et Daveluy, 1986). Il n'est pas non plus indépendant de l'efficacité réelle ou supposée des services ainsi que des attentes de la population et du système des services de santé et des services sociaux en ce qui a trait à la santé et au bien-être. Plus l'efficacité perçue d'un service s'accroît, plus la définition de ce qui constitue un problème s'élargit et plus le système des services de santé et des services sociaux est justifié de se développer. Le développement technologique joue dans cette dynamique un rôle multiplicateur très important.

Le système des services de santé et des services sociaux est constitué par l'ensemble des connaissances et des ressources tant humaines que physiques et financières qui sont structurées de façon à fournir des services de santé et des services sociaux à la population dans le but explicite de restaurer, de maintenir et d'améliorer son état de santé. Dans son document "Quelques pistes de réflexion", la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1987) affirme:

> "Le système des services de santé et des services sociaux vise essentiellement un résultat: la santé et le bien-être de chaque personne. En ce sens, sa finalité première doit consister à promouvoir la santé et le bien-être".

Il faut alors tout naturellement se demander dans quelle mesure les ressources que la société affecte au système des services de santé et des services sociaux sont réellement utilisées efficacement pour atteindre le résultat attendu. Il faut aussi se demander si le niveau de ces ressources est adéquat, si les ressources sont employées de façon productive et aussi si l'accessibilité aux services est suffisante et équitable. On peut voir sur la figure 1 où se situe l'analyse de la productivité, de l'accessibilité et de l'efficacité des services dans le système socio-sanitaire. D'une façon plus spécifique, dans le cadre de notre recherche, nous avons abordé ces questions par l'analyse des coûts des services de santé et des services sociaux et par l'analyse des mécanismes de financement du système socio-sanitaire et de ses composantes ainsi que par l'analyse des modalités de paiement des ressources. La figure 1 montre en effet, que d'une part, les coûts des services de santé et des services sociaux correspondent simultanément à la valeur des ressources employées et à celle des biens et services produits. D'autre part, l'allocation des sommes affectées à la santé, entre les différentes ressources et les différents services, dépend des mécanismes de paiement des ressources et des services qui eux-mêmes sont influencés par les mécanismes de financement existants.

Ces mécanismes de financement, par ailleurs, ont aussi une influence en aval sur tous les autres éléments du système des services de santé et des services sociaux. Ils sont, avec les modalités de

paiement des ressources et des services, les véhicules par les incitatifs qui les caractérisent, des intentions des administrateurs, des planificateurs, des producteurs et plus généralement des pouvoirs publics et de la population en ce qui a trait aux objectifs réels du système de santé.

Leur analyse permettra donc de révéler quels sont les incitatifs qui influencent les preneurs de décision et la population. Elle permettra aussi de porter un jugement sur la cohérence qui existe entre ces modalités de financement et de paiement et les finalités officielles du système. Leur analyse permettra de plus d'identifier quelles sont les modalités qui sont les plus cohérentes avec les objectifs poursuivis. Avant de recommander l'adoption de telle ou telle modalité de financement et de paiement, il faudra toutefois s'assurer de son acceptabilité, c'est-à-dire de sa cohérence avec le contexte culturel, social, politique, économique, technologique dans lequel se situe le système socio-sanitaire.

Le contexte culturel, social, politique, économique, technologique au sein duquel le système socio-sanitaire s'inscrit entretient en effet avec ce dernier un ensemble très large d'interactions (figure 1). D'une part, le contexte influence le fonctionnement et les orientations du système socio-sanitaire. Mais d'autre part, le système des services de santé et des services sociaux, par sa taille et son importance, a une influence sur de nombreux aspects du contexte, ce qui en retour, peut provoquer des retombées sur lui-même.

L'analyse du système socio-sanitaire que nous avons fait en nous appuyant sur la figure 1 reste essentiellement statique. Il faut maintenant en présenter la dynamique.

1.2 Le fonctionnement dynamique du système socio-sanitaire

Nous avons vu sur la figure 1 que l'utilisation des services de santé et des services sociaux est au centre du système socio-sanitaire. Pour interpréter la dynamique de ce système, il faut donc comprendre comment se forme l'utilisation des services de santé et des services sociaux. Pour cela, il faut identifier les principaux agents qui interviennent, saisir les relations qui existent entre ces agents et savoir quelles sont leurs motivations.

L'interaction centrale est celle qui s'établit entre un individu souffrant et un professionnel de la santé ou des services sociaux. Elle constitue la charnière entre le circuit des états de santé et le système des services de santé et des services sociaux. Par le fait même, elle justifie aussi l'existence de ce dernier. Pour simplifier notre présentation, nous limiterons notre analyse à l'interaction médecin-patient.

C'est la rencontre entre un patient et son médecin qui déclenche le processus d'utilisation des services de santé; c'est elle qui est le rouage de base du fonctionnement du système des services de santé. Ce processus est illustré à la figure 2. Nous commençons par

en faire l'analyse puis, nous décrivons les mécanismes qui assurent la régulation de ce processus. Ces mécanismes montrent l'importance des décisions d'autres groupes d'agents, entre autres, les pouvoirs politiques et les organismes payeurs.

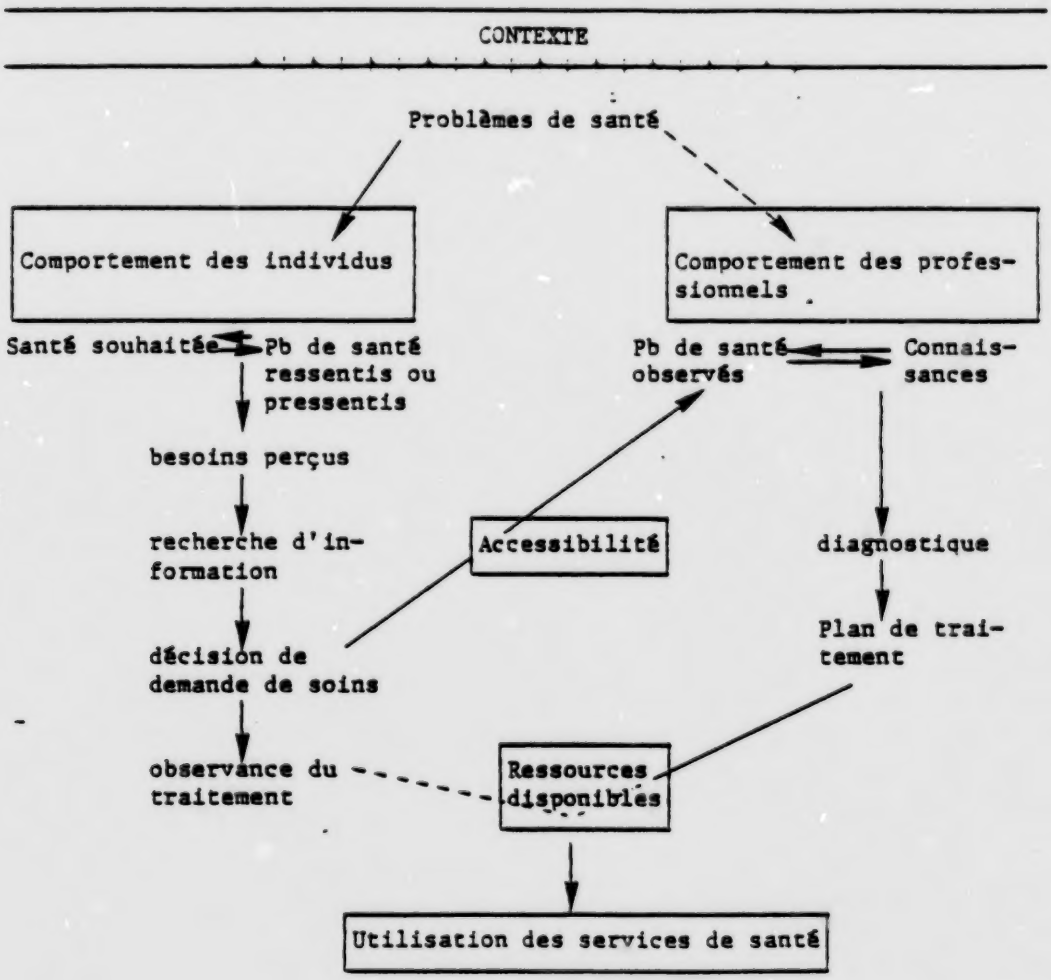
Le comportement du consommateur. Le consommateur quand il ressent un malaise, une douleur, une inquiétude qu'il considère comme anormal, c'est-à-dire quand il perçoit un écart suffisamment important entre sa santé souhaitée et ce qu'il ressent, peut, après avoir recherché des informations supplémentaires dans son environnement familial et social, décider de rencontrer un professionnel de la santé. Cette démarche devient une demande de soins quand l'individu surmonte les obstacles que constitue l'accessibilité au système de soins.

La demande de soins dépend ainsi de trois facteurs. Le premier est lié aux problèmes de santé ressentis ou pressentis par l'individu qui sont eux-mêmes dépendants des facteurs de risques auxquels l'individu est soumis. Le deuxième facteur est associé à ce que l'individu considère comme un état de santé souhaité.

Le troisième facteur est associé au degré d'accessibilité du système de soins, c'est-à-dire à l'ensemble des efforts et des sacrifices que l'individu doit faire pour que son désir de soins se concrétise en un recours réel à des soins.

FIGURE 2

Le processus d'utilisation des services de santé



Source: Adapté de Donabedian (1973)

C'est à partir du moment où l'individu surmonte le manque d'accessibilité au système de soins que la demande de soins s'exprime réellement. A partir de ce moment, le comportement des professionnels de la santé entre formellement en jeu, et il y a utilisation des services.

Il est important à ce stade-ci de bien comprendre que la demande de soins exprimée par le consommateur est d'une nature différente de celle qu'il exprime pour la plupart des autres biens et services disponibles (Evans, 1984).

Lors de sa rencontre avec un professionnel de la santé, le consommateur exprime ses inquiétudes et ses douleurs. Il est dans une situation d'incertitude à la fois sur le choix du service qu'il doit recevoir pour régler son problème et sur l'effet de ce service de santé sur son état de santé. Cette double incertitude conduit le consommateur à déléguer sa rationalité: il fait confiance au médecin à la fois sur le choix du service et sur l'effet de ce dernier sur l'amélioration souhaitée de sa santé.

Le **comportement du professionnel.** Le professionnel de la santé, face à cette demande de soins, commence par établir un diagnostic en confrontant le problème de santé qui lui est apporté à ses connaissances. Il peut faire appel, en cas de besoin, à des examens complémentaires ou à des consultations. Il propose ensuite un traitement qu'il peut exécuter totalement ou en partie lui-même. L'utilisa-

tion des services de santé découle ainsi de la demande de soins et du déroulement du processus clinique.

Si le diagnostic pouvait être déterminé sans ambiguïté et si à chaque diagnostic correspondait une stratégie optimale reconnue de traitement qui conduise à un résultat bien déterminé et objectivable (c'est-à-dire si le professionnel agissait dans un univers de certitude parfaite) son rôle professionnel serait simple, mais en même temps il serait en quelque sorte nié. En effet, si ces connaissances existaient, le consommateur souffrant pourrait y avoir accès et il pourrait après avoir fait appel à un expert pour diagnostiquer son problème et lui indiquer le traitement à suivre, décider en tout état de cause jusqu'à quel point la valeur qu'il accorde à sa santé justifie de s'engager dans un processus de soins.

Or, et c'est là un élément essentiel des services de santé, les relations existantes entre un problème de santé ressenti, son diagnostic, le traitement prescrit et l'amélioration de la santé sont largement incertaines. Cette indétermination du produit des services de santé pose, de façon tout à fait particulière, la question de la relation qui peut s'établir entre un malade et un médecin. Cette incertitude justifie que le médecin soit plus qu'un expert détenant un certain champ de compétence, le patient cherche plus que l'information, il faut qu'il fasse confiance au professionnel qui le soigne. C'est donc cette nécessaire confiance qui donne au professionnel de la santé le rôle central qu'il occupe dans le système de soins.

La possibilité pour les professionnels de la santé d'avoir des comportements différents, face à un problème de santé donné, dépend directement de l'incertitude existant sur le diagnostic et une fois le diagnostic établi sur les traitements possibles, c'est-à-dire sur l'absence d'une norme unique de traitement (Wennberg, 1985).

On conçoit ainsi facilement que l'utilisation des services, et par conséquent le coût des services de santé et des services sociaux, est influencée par les comportements des professionnels de la santé et des services sociaux. Le coût est donc en partie déterminé par les facteurs qui affectent ces comportements: c'est-à-dire, les caractéristiques personnelles et professionnelles des producteurs, les modalités organisationnelles qui structurent leurs activités, en particulier la façon dont ils sont payés, et de façon plus générale le contexte culturel, social, organisationnel, économique qui prévaut.

Ainsi pour résumer, la principale articulation entre le système de soins et le circuit des états de santé est le processus d'utilisation. Ce processus dépend bien entendu de l'importance des problèmes de santé de la population mais aussi, dans une large mesure, des caractéristiques du système de soins, c'est-à-dire que l'on doit tenir compte du comportement des professionnels, du niveau des ressources disponibles et de l'accessibilité aux services de santé, des modalités de paiement des ressources et des modalités de financement du système et de ses composantes. De plus, l'utilisation dépend du contexte environnemental, entre autres des attentes de la population

envers la santé, de l'importance du concept d'équité d'accès aux soins et à la santé, du dynamisme du développement technologique et de façon plus générale de la situation économique et sociale.

Soumis à toutes ces forces, comment le système socio-sanitaire est-il régularisé? Quels mécanismes permettent qu'il conserve un certain équilibre tant interne que par rapport aux autres secteurs de l'activité économique de la société?

Quels sont donc **les mécanismes de régulation du système des services de santé et des services sociaux?**

Le processus qui mène à l'utilisation des services de santé, même s'il met en relation une demande de soins et un appareil de production destiné à offrir des services de santé, ne peut être compris dans sa totalité à partir du schéma d'interprétation que constitue pour les économistes, le marché. Les mécanismes d'autorégulation qui fonctionnent quand un marché concurrentiel existe, ne peuvent pas servir à réguler l'ensemble du processus d'utilisation des services de santé. Pour comprendre cette affirmation, il faut rappeler les particularités fondamentales des services de santé (Evans, 1984).

Les services de santé constituent un bien, au sens économique du terme, qui a des caractéristiques propres à ce point différentes de celles de la plupart des autres biens, que l'allocation des ressources dans ce secteur ne peut être confiée au marché. L'inter-

vention réglementaire des pouvoirs publics est indispensable. Le marché concurrentiel tel qu'il existe dans d'autres secteurs ne peut être retenu comme le système optimal d'allocation des ressources dans le système de santé. Les caractéristiques fondamentales et intrinsèques aux services de santé sont, d'après Evans (1984):

1) L'incertitude liée à l'occurrence de la maladie et donc à l'état de santé futur de chaque individu.

2) Le déséquilibre d'information qui existe entre l'individu malade et le professionnel. Ce déséquilibre est important non pas à cause de la complexité technique des services de santé, mais à cause de l'indétermination qui existe concernant les effets des services médicaux (Darbon et Letourmy, 1983). Ainsi, l'individu malade est incapable d'apprécier avec suffisamment de certitude l'utilité que lui procureront les services pour décider seul de leur utilisation. Il doit déléguer à un professionnel, qui est lui-même souvent en situation d'incertitude, son pouvoir de décision.

3) Les externalités, c'est-à-dire le fait que l'utilisation par un individu d'un service de santé procure de la satisfaction à d'autres personnes qu'à lui-même. Il peut s'agir d'externalités physiques c'est-à-dire que l'utilisation par un tiers d'un service, la vaccination contre des maladies infectieuses par exemple, protège les autres en limitant les possibilités de diffusion de la maladie. Il peut aussi s'agir d'externalités plus larges qui portent sur l'importance que chacun accorde au droit universel et absolu d'être soigné en cas de maladie ou encore à être en bonne santé. L'élargissement de la notion d'externalité a bien entendu des conséquences importantes sur les politiques de santé qui en découlent. Plus la notion d'externalité est large, plus les réponses réglementaires nécessaires pour en tenir compte sont importantes.

Chacune de ces trois grandes caractéristiques fait en sorte que l'allocation des ressources dans le domaine de la santé, ainsi que la distribution des services, ne peuvent être confiées aux règles du

marché. Chacune de ces caractéristiques entraîne des réponses institutionnelles qui complètent ou se substituent aux mécanismes de marché.

Les réponses institutionnelles qui ont été proposées dans tous les pays pour tenir compte des particularités fondamentales des services de santé sont:

- Des mécanismes d'assurance pour tenir compte des incertitudes associées à l'occurrence de la maladie;
- Le professionnalisme et l'instauration d'organisations à but non lucratif pour éviter les abus que le déséquilibre d'information associé à l'indétermination des effets des services de santé pourraient permettre;
- Une intervention réglementaire pour tenir compte des externalités.

Tous les systèmes socio-sanitaires sont ainsi caractérisés par l'existence d'une très importante réglementation dont l'objet est de s'assurer que les abus et les malfonctionnements d'un marché libre pour les services de santé et les services sociaux soient corrigés.

Ce qui différencie les systèmes socio-sanitaires entre eux ce sont les modalités organisationnelles que les différents pays ont choisies, modalités qui, en influençant les comportements des acteurs, vont avoir des effets divers sur le niveau d'utilisation des services, sur le coût des services de santé et ultimement sur la santé des populations.

La gageure consiste donc, pour le planificateur de la santé, non pas à éliminer la réglementation, ce qui nierait les caractéristiques intrinsèques des services de santé, mais bien à tenter d'établir quelle serait la structure réglementaire la plus propice à améliorer la santé de la population tout en tenant compte des contraintes propres aux services de santé et à l'environnement culturel, économique, social... qui existe à un moment donné dans une société donnée.

C'est pour porter un jugement sur les modalités organisationnelles qui structurent le système socio-sanitaire du Québec, et en particulier les modalités de financement du système et de paiement des ressources, que nous menons dans la section suivante une analyse des mécanismes de financement. La section 1.3 est consacrée à l'analyse des modalités de paiement des ressources et la section 1.4 à celle des coûts de ce système.

Cette analyse a pour objet d'abord de nous aider à identifier comment les stimulants qui sont associés aux modalités organisationnelles existantes ont influencé le système socio-sanitaire. Puis à la lumière de ce bilan et en considérant les expériences étrangères, de faire des recommandations sur les types de modalités organisationnelles qui seraient les plus cohérentes avec les objectifs du système socio-sanitaire du Québec.

2. Le financement du système socio-sanitaire

La nature particulière du système socio-sanitaire, que nous avons décrite dans la section précédente et qui se manifeste dans tous les pays par une intervention importante de l'Etat pour garantir un accès équitable aux services de santé et aux services sociaux, explique que son financement recouvre deux activités différentes et conceptuellement distinctes. Il s'agit dans un premier temps, d'obtenir les sommes nécessaires à son fonctionnement et dans un deuxième temps, de payer avec ces sommes les ressources qui produisent les services de santé et les services sociaux. Nous réservons le terme financement à la première activité et nous parlons de paiement pour la deuxième. Si le financement et le paiement des ressources sont deux activités conceptuellement différentes, elles entretiennent cependant entre elles des relations étroites.

En effet, alors que dans les systèmes régulés par un mécanisme de marché, ces deux activités se font même simultanément, dans le système socio-sanitaire elles sont distinctes. Il faut dès lors s'interroger sur la cohérence qui existe entre elles ainsi que les incitatifs que les modalités de financement et de paiement transmettent aux différents preneurs de décision du système.

Cette appréciation passe par une description des mécanismes de financement et de paiement en vigueur. C'est à cette description qu'est consacré le chapitre 2 du rapport. Pour décrire les mécanismes

de financement et de paiement du système socio-sanitaire, il faut toutefois connaître ce que recouvre ce système. C'est par là que nous commençons notre analyse.

2.1 Délimitation empirique du système socio-sanitaire

Pour connaître empiriquement ce que recouvre le système socio-sanitaire du Québec, nous avons dressé la liste des organismes qui ont des fonctions administratives ou consultatives et celle des établissements qui offrent des biens et services dans le système socio-sanitaire. Par établissement, nous entendons aussi bien les établissements au sens habituel du terme, comme les cabinets privés des médecins ou les hôpitaux que les forces armées canadiennes qui dispensent des services sociaux. Nous avons de plus, pour chacun de ces organismes et de ces établissements, tenté de préciser quelles fonctions du système socio-sanitaire ils contribuent à remplir, c'est-à-dire le maintien ou la promotion de la santé et du bien-être, la correction d'un problème, la compensation d'un problème ou encore la recherche, le développement et l'enseignement.

Pour les établissements, nous avons aussi identifié le ou les principaux champs d'intervention, c'est-à-dire le domaine des services de santé spécifiques, celui des services sociaux spécifiques ou celui du socio-sanitaire défini comme celui dans lequel sont fournis des services de santé et des services sociaux généraux (la définition précise de ces champs d'intervention est donnée dans le chapitre 1 pp. 1.10 à 1.16). Nous avons aussi indiqué si le financement était public, para-public ou autre.

La description du système socio-sanitaire à partir des 53 organismes que nous avons recensé et qui y interviennent (grille 1 du chapitre 2), permet de constater:

1. que les frontières de ce système sont floues;

2. qu'il n'existe à notre connaissance, aucun effort un peu systématique pour en tracer les limites et encore moins pour la quantifier (voir section 3.2.1 du chapitre 3);

3. que de nombreux organismes qui y interviennent ne sont pas sous l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux. La seule liste des ministères qui sont en situation d'autorité sur des organismes qui exercent des fonctions administratives ou consultatives dans le système socio-sanitaire[1] pose directement la question de la cohérence des décisions qui y sont prises en regard d'objectifs de santé. La même question se pose quand on considère le nombre et la diversité des organismes qui interviennent directement ou de façon consultative dans les quatre grandes fonctions du système;

4. que la promotion de la santé et du bien-être, la restauration et la compensation des problèmes de santé et de bien-être fait naturellement appel à une approche multisectorielle cohérente que rien dans les structures actuelles ne garantie.

Sur une deuxième grille, nous avons tenté d'énumérer tous les types d'établissements du système socio-sanitaire. L'analyse des 83 types d'établissements recensés permet de faire les commentaires suivants:

---

1. Ministère de la Main-d'oeuvre, ministère des Finances, ministère de l'Environnement, Santé et Bien-être social Canada, Conseil du trésor, Ministre délégué à la condition féminine, Commission de l'emploi et de l'immigration du Canada, ministère de l'Education, ministère de la Justice, Régie des rentes du Québec, ministère du Revenu, ministère de l'Habitation et de la protection du consommateur, ministère des Transports.

1. Le système socio-sanitaire a un financement mixte. De nombreux établissements surtout dans le domaine social n'ont pas un financement public ou para-public. La valeur des services fournis par ces établissements correspond au moins, comme nous le verrons plus loin, à 20% de la valeur de tous les services fournis dans le système socio-sanitaire.

2. Ces établissements en général ont une seule vocation dominante. Certains types d'établissements ont cependant une vocation secondaire, ou des activités dérivées pour un autre champ d'intervention. C'est en particulier le cas des centres hospitaliers du Québec qui ont une forte responsabilité dans le domaine des services de santé généraux (Desrosiers, Gaumer [1987]). Toutefois le fait qu'en général un établissement ait une seule fonction dominante, indique que la continuité et la globalité des soins qui nécessitent une certaine intégration verticale des services, ne devrait pas être parfaite. Cependant, les cabinets privés des professionnels ainsi que les centres hospitaliers cumulent plusieurs fonctions principales. En effet, la quantification des fonctions, faites dans le chapitre 3, illustre l'importance des centres hospitaliers dans toutes les fonctions du système socio-sanitaire.

3. Le nombre des établissements qui ont comme principale fonction le maintien et la promotion de la santé et du bien-être sont peu nombreux. L'ensemble de la production du système socio-sanitaire est caractérisée par une production dominante de nature curative dans les champs des services de santé spécifiques et des services sociaux spécifiques.

Une fois faite l'énumération des organismes et des différents types d'établissements qui constituent le système socio-sanitaire, il aurait fallu, pour analyser son financement, que l'on procède à la description des sources de financement de chaque organisme puis de chaque établissement ainsi qu'aux modalités de paiement des ressources de ces établissements. Cette tâche étant irréaliste, dans le cadre de nos échéances de travail et compte tenu des informations disponibles, nous nous sommes limités à:

1. l'analyse du financement par le fédéral des services de santé et des services sociaux;

2. l'analyse du financement du ministère de la Santé et des Services sociaux;

3. l'analyse du financement de la Régie de l'assurance-maladie;

4. l'analyse du financement des centres hospitaliers.

2.2 Analyse du financement par le fédéral des services de santé et des services sociaux

La constitution canadienne stipule clairement que les services de santé sont de juridiction provinciale. Le gouvernement fédéral ne peut donc intervenir directement dans ce domaine. Le ministère de la Santé et du Bien-être social n'emploie, en effet, que moins de 10% de son budget (voir diagramme 1 du chapitre 2, p. 2.43) pour fournir directement des services. Sa responsabilité directe se limite à quelques populations spécifiques comme les Indiens et les Inuits, les Forces armées, les Anciens combattants, les employés du gouvernement fédéral et à quelques autres. Il a aussi des responsabilités dans le domaine de la protection de la santé publique en agissant sur la qualité des médicaments et des drogues et sur la salubrité et la qualité des aliments. Mais le plus gros de son budget est affecté aux programmes de transferts aux provinces. Environ 37% de son budget va aux programmes des services sanitaires et sociaux et 60% au programme de la sécurité du revenu.

C'est en utilisant son pouvoir de dépenser que le gouvernement fédéral a commencé à intervenir directement et massivement dans l'organisation des systèmes socio-sanitaires des provinces à la fin des années 50. Le gouvernement fédéral, par la loi de l'assurance-hospitalisation en 1958, puis celle de l'assurance-maladie en 1968, a proposé aux provinces d'assumer 50% du coût des services hospitaliers internes et externes et des services médicaux à condition que les provinces mettent en place un système d'assurance-maladie géré par un organisme public, qui soit universel, gratuit et transférable d'une province à l'autre.

Encouragées par cette initiative au début des années '70, toutes les provinces avaient établi un système public et universel d'assurance-maladie financé à 50% par le fédéral et à 50% par les provinces. A partir de ce moment, le comportement du fédéral est allé dans deux directions. Il a d'une part renforcé son action législative en adoptant, en 1984, La loi canadienne sur la santé qui prévoit des pénalités financières pour les provinces qui permettent la surfacturation ou qui exigent des frais modérateurs. Il a, d'autre part, réduit considérablement son engagement financier. Analysons comment les responsabilités financières du fédéral à l'endroit des provinces et en particulier du Québec ont évolué d'abord pour les services de santé et ensuite pour les services sociaux.

Le financement fédéral dans le secteur de la santé de 1966 à 1977. L'engagement du fédéral consistait à rembourser aux provinces en moyenne 50 pour cent des frais encourus pour les services dispensés

dans les hôpitaux et leurs services externes et, à partir de 1968, pour les services offerts par les médecins.

La formule de remboursement utilisée tenait compte en partie du coût provincial des services et en partie du coût national. Elle opérait de la sorte une certaine redistribution de la richesse entre les provinces riches et pauvres et elle devait théoriquement inciter chaque province à réduire le plus possible ses coûts. En fait, cette formule de remboursement fut très rapidement remise en question. Les trois principales critiques, formulées à son égard, étaient:

1. D'être un système de remboursement complètement ouvert, le fédéral devait payer la facture mais n'avait aucun contrôle sur son contenu.

2. De créer des rigidités dans les systèmes provinciaux de santé en décourageant tous les programmes de soins non couverts par le régime fédéral d'assurance et en particulier les programmes de maintien à domicile et de désinstitutionalisation. Ceci a largement contribué à renforcer le rôle de l'hôpital dans le système de soins (Desrosiers et Gaumer, 1987).

3. De ne pas encourager les provinces à améliorer l'efficacité de leur système de soins. En effet, ce qui importait pour les provinces était de savoir que chaque dollar dépensé, à l'intérieur du régime, ne leur coûtait en moyenne que 0,50¢.

Face à cette situation, et à la suite des réflexions qui ont conduit à la publication du document de Marc Lalonde "Nouvelle perspective de la santé des canadiens" en 1974, le gouvernement fédéral change ses règles de financement. Les accords fiscaux de 1977 permettent de passer d'un système de remboursement à un système de dotation budgétaire globale.

Les accords fiscaux de 1977, sur les programmes à frais partagés, changent de façon radicale la logique de financement du fédéral: on passe d'une situation où les revenus s'ajustaient aux dépenses à une situation où il faudra ajuster les dépenses aux revenus. Le fédéral décide en effet, à partir de 1976, de verser aux provinces une contribution déterminée par les remboursements de 1975-76 ajustés en fonction de la croissance économique du Canada. La contribution du fédéral se détache ainsi du coût des services dispensés par les provinces.

La contribution du fédéral, à partir de 1977, a deux composantes: d'une part, il transfère aux provinces une partie du champ d'imposition et les paiements de péréquation s'y rapportant (13,5% points d'impôt sur le revenu personnel et 1 point d'impôt sur les corporations)[2] et d'autre part, il verse directement à chaque province une somme d'argent[3] au titre des programmes à frais partagés. Ces sommes sont indexées sur la croissance de PNB et elles comprennent un paiement d'égalisation pour uniformiser les contributions de base per capita pour une période de 5 ans et des paiements de réajustement pour tenir compte des variations dans le rendement des points d'impôts transférés.

---

2. Ce transfert devait être équivalent à environ 25% des dépenses encourues par les provinces et remboursées par le Fédéral.

3. Ce montant devrait représenter l'autre tranche du remboursement antérieur du fédéral, soit environ 25%.

Cette formule de financement est le premier pas du désengagement financier du fédéral dans le domaine de la santé. C'est dorénavant à chaque province qu'il revient d'assumer seule le contrôle des coûts des services de santé et de veiller à l'ajustement des dépenses aux besoins des populations.

Par ailleurs, l'ajustement de la croissance des dépenses de santé à la croissance du PNB peut s'avérer difficile surtout en période de récession économique où il peut être pénible de réduire les coûts des services de santé et peut être même inapproprié de le faire.

Les arrangements fiscaux de 1982, imposés par le gouvernement fédéral aux provinces, modifient les mécanismes de péréquation et le financement des programmes établis (FPE). Le désengagement du fédéral se poursuit (voir chapitre 2, pp. 2.58). **En 1984,** le fédéral scinde son transfert entre la santé et l'éducation sur la base du taux de partage de l'année 1975-76, ce qui pénalise la santé. **En 1986,** le chapitre 34 modifiant la Loi de 1977 vient supprimer le lien qui existait entre la croissance économique et la contribution du gouvernement fédéral. Cette modification produit une diminution de 2% du taux de croissance des paiements de transfert aux provinces pour les programmes établis.

Le financement fédéral dans le secteur des services sociaux. Contrairement au domaine de la santé, le domaine des services sociaux n'est pas de compétence provinciale exclusive. Au terme du Régime

d'assistance publique du Canada, le gouvernement finance au moyen d'une formule nébuleuse environ 50% des coûts des programmes d'assistance publique ainsi que des services de bien-être social offerts aux personnes dans le besoin ou qui le seraient si elles ne recevaient pas ces services (Duperré, 1987).

Le fédéral contribue aussi aux coûts de certains services offerts aux jeunes contrevenants et aux coûts de la réadaptation professionnelle des invalides.

Evolution du financement fédéral des services de santé et des services sociaux. En mettant en relation, les sommes versées par le fédéral pour les programmes décrits précédemment et, une partie des dépenses publiques du gouvernement du Québec pour les programmes de santé et d'adaptation sociale, on constate que la part du fédéral a décliné régulièrement de 1977 à 1981 passant au mieux de 42,9% à 41,4% des dépenses[4]. A partir de 1982, les compressions budgétaires du gouvernement du Québec et les coupures de salaire dans la fonction publique ont permis aux dépenses publiques du Québec de croître moins vite que le P.N.B. canadien, ce qui a temporairement renversé cette

4. Nous n'avons, en effet, tenu compte dans l'établissement de ces ratios que des dépenses encourues par le MSSS. Si on ajoutait d'autres dépenses d'organismes tels que la RAMQ, l'Office des services de garde à l'enfance, etc. et de toutes les dépenses assumées par d'autres ministères pouvant être reliées directement ou indirectement au fonctionnement du système (réf. grilles 1 et 2), nous aurions alors un ratio nettement plus petit. Autrement dit, plus l'univers des dépenses considéré pour le provincial est large, plus le recouvrement des dépenses par le fédéral est petit.

tendance. Il y a cependant tout lieu de croire que, dans les années qui viennent, le désengagement du fédéral s'observera de nouveau.

C'est d'ailleurs ce qu'indique le graphique 1. Les taux d'accroissement de la contribution du fédéral décroissent durant la période 1976-85.

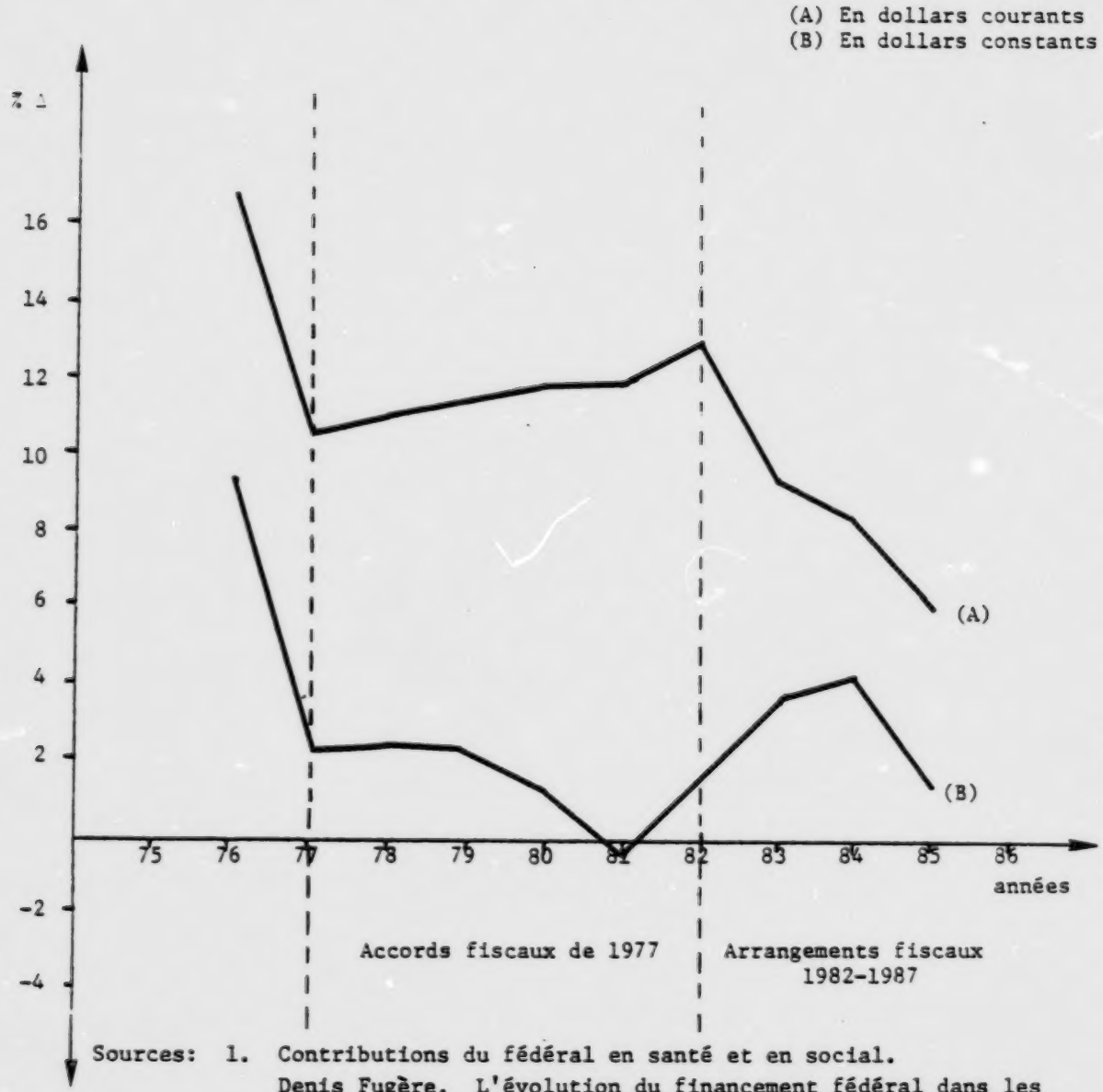
En résumé, l'analyse du financement fédéral des services de santé et des services sociaux montre que le fédéral a développé sur le plan législatif un pouvoir important dans un champ de juridiction provinciale. Financièrement par contre, on assiste depuis 1977, à un certain désengagement de sa part et à un changement fondamental dans sa logique de financement des services de santé. On passe d'un mécanisme de remboursement à posteriori des dépenses à un mécanisme de dotation budgétaire à priori. Ce mécanisme qui est inclus dans l'ensemble des paiements de transferts intergouvernementaux d'une part, ne permet plus à la logique santé d'être suffisamment présente dans les débats qui entourent la question du financement fédéral des services de santé (Duperré, 1987). Il donne d'autre part aux provinces, l'entière responsabilité du contrôle des coûts de leurs programmes de santé.

2.3 Analyse du financement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Etant donné que le processus budgétaire a fait l'objet d'une analyse en profondeur (Bégin et al, 1987), nous ne tenterons pas de le

Graphique 1

Variation en pourcentage de la contribution du fédéral



Sources: 1. Contributions du fédéral en santé et en social. Denis Fugère. L'évolution du financement fédéral dans les dépenses budgétaires du gouvervement du Québec en matière de santé et de services sociaux. MSSS, septembre 1986, tableau 3, p. 9.

2. Variation en pourcentage, voir tableau 2, chap. 2, p. 2.75.

décrire ici. Disons seulement que les sommes affectées au MSSS proviennent actuellement en majorité des impôts sur le revenu des particuliers et sur les revenus des sociétés aussi bien au provincial qu'au fédéral.

C'est le Conseil du trésor qui établit les arbitrages nécessaires entre les demandes des différents ministères pour répartir les recettes du gouvernement incluant les transferts du fédéral.

Les analyses que nous avons faites portent sur la répartition des crédits du MSSS entre ses grands domaines de juridiction: la sécurité du revenu jusqu'en 1982, la prévention et l'amélioration de la santé, la réadaptation sociale et le recouvrement de la santé. Le graphique 2 indique comment ont évolué les sommes affectées à ces missions. Nous constatons qu'en 1982 le domaine de la sécurité du revenu qui représentait 25% des crédits budgétaires du MSSS disparaît. Il est en effet transféré en bloc au ministère du Travail, de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu. Le budget du MSSS n'a toutefois été amputé que de 22%[5]. A partir de 1982, le budget du MSSS se répartit donc entre les quatre secteurs restants. C'est celui de la prévention et de l'amélioration qui profite le plus de cette nouvelle allocation des crédits. Entre 1980-81 et 1982-83, le taux moyen de croissance des secteurs, calculé à partir des valeurs absolues, est le suivant: secteur prévention et amélioration 26,91%,

5. Pourcentage d'accroissement en dollars constants per capita. Si on retire 25% du budget de 1980-81 avec l'hypothèse d'accroissement nul pour l'année suivante, il y a une chute réelle ($ constants) de 21,6% et ce, en tenant compte de l'accroissement de la population.

secteur réadaptation sociale 5,7%, secteur recouvrement de la santé 16,25% et secteur administration et services 23,51%. En 1970, 43% des crédits allaient au secteur recouvrement de la santé, en 1984 il reçoit 70% du total des crédits. Durant la même période, le secteur de la réadaptation sociale voit ces crédits passer de 24% en 1970 à 23% en 1984. Ces pourcentages cachent pour ce dernier secteur une décroissance survenue vers 1973 et une lente mais progressive remontée jusqu'en 1984.

Ce qui ressort de cette analyse sommaire du financement du MSSS c'est que premièrement la somme d'argent, qui lui est attribuée annuellement par le Conseil du trésor à même les revenus généraux de la province, résulte d'un arbitrage entre toutes les priorités du gouvernement c'est-à-dire d'un processus politique et non d'une analyse des besoins de la population pour les services de santé et les services sociaux ou d'une connaissance quelconque de l'efficacité des services qui sont offerts par le système socio-sanitaire.

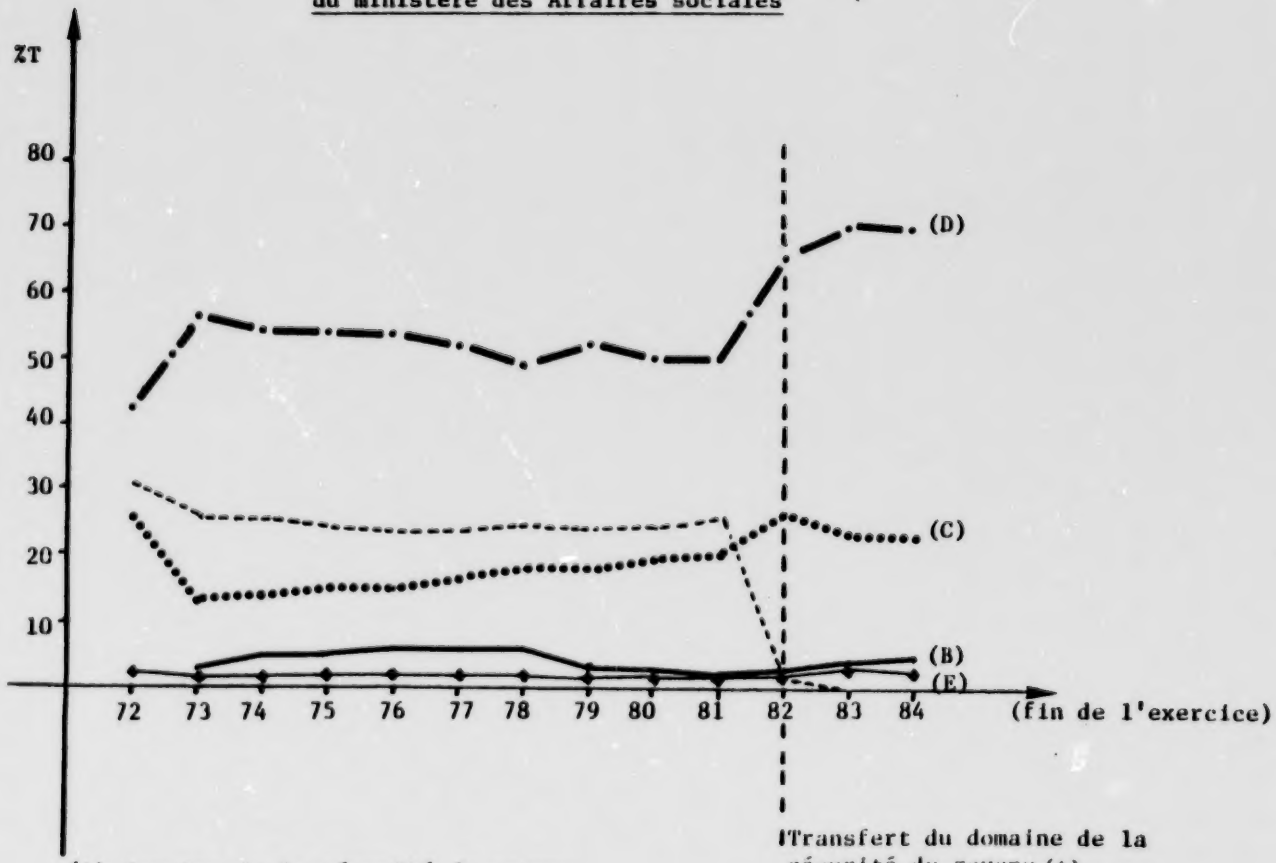
La deuxième remarque concerne l'importance, dans les crédits budgétaires du MSSS, de ceux qui sont affectés au recouvrement de la santé (70% du budget) par rapport aux faibles sommes (environ 4% du budget) qui vont au secteur prévention et amélioration.

2.4 Analyse du financement de la Régie de l'assurance-maladie (RAMQ)

La RAMQ a été créée en 1969 pour administrer le régime d'assurance-maladie. Elle est en particulier responsable du paiement des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie ainsi

Graphique 2

Part relative des crédits budgétaires par secteur du ministère des Affaires sociales



(A) domaine de la sécurité du revenu
(B) secteur prévention et amélioration
(C) secteur réadaptation sociale
(D) secteur recouvrement de la santé
(E) secteur administration et service

Source: Ministère des Affaires sociales, Rapport annuels des années financières, 1971-72 à 1983-84.

que du paiement des services d'autres programmes pour le compte du ministère de la Santé et des services sociaux et d'autres ministères. "La Régie est une corporation au sens du code civil, elle en possède tous les pouvoirs généraux et en plus les pouvoirs particuliers que la loi lui confère" (RAMQ, 1986). C'est le ministère de la Santé et des services sociaux qui répond de ses activités devant l'Assemblée nationale.

Son financement a subi depuis 1970, une évolution dans deux directions. La RAMQ a d'une part perdu, au cours des années, l'autonomie financière qu'elle avait au début du régime. Mais elle s'est vu, d'autre part, confier l'administration d'un nombre croissant de programmes, dont le financement est assuré par plusieurs ministères. Elle est ainsi devenue le principal payeur des professionnels de la santé dont les services sont assurés par des programmes publics. Cette évolution résulte des modifications apportés à son financement qui ont eu lieu en 1977, 1978 et 1981.

De 1970 à 1977, le financement de la Régie provenait de 4 sources. Une cotisation spécifique de 0,8% du revenu net des particuliers avec un plafond; contribution de 0,8% des salaires bruts versés par les employeurs; un montant versé par le fédéral calculé à partir du coût moyen des services médicaux pour l'ensemble du Canada; et un versement du ministère des Affaires sociales.

Pendant cette première période, la RAMQ gérait elle-même ses revenus qui étaient constitués à plus de 90% par un financement

direct. Elle a pu constituer un fond de réserve et étendre la couverture des services assurés, en particulier dans le cadre du programme des services dentaires pour les enfants.

En 1977, à la suite des nouveaux accords fiscaux, établis entre le fédéral et les provinces, les sources de revenu de la RAMQ se modifient. En 1978, la RAMQ perd son autonomie financière en même temps que les fonds qu'elle avait accumulés. La contribution en espèces du gouvernement fédéral n'est plus versée à la RAMQ. Le transfert des points d'impôt et le versement au comptant vont au Fonds consolidé de la province. La contribution spécifique des particuliers et des employeurs pour les services de santé est abolie et les impôts provinciaux sont augmentés pour récupérer le champ fiscal abandonné par le fédéral, et pour compenser l'abolition de la contribution spécifique des particuliers à l'assurance-maladie.

Un Fonds de l'assurance-maladie est créé au ministère des Finances pour permettre à la RAMQ de rencontrer ses obligations. Il est alimenté par le Fonds consolidé de la province. La RAMQ n'a plus à gérer un budget: elle concentre dorénavant ses activités sur le paiement des services assurés. Elle ne peut pas à proprement parler faire de déficit.

En 1981 le Fonds des services de santé remplace le Fonds de l'assurance-maladie. Il est alimenté par une contribution égale à 3% du salaire des employés, dont la moitié sert à financer la RAMQ et l'autre moitié est versée au ministère de la Santé et des services

sociaux. C'est aussi à partir de cette date que la RAMQ se voit confier l'administration de plusieurs programmes financés par d'autres ministères que le MSSS.

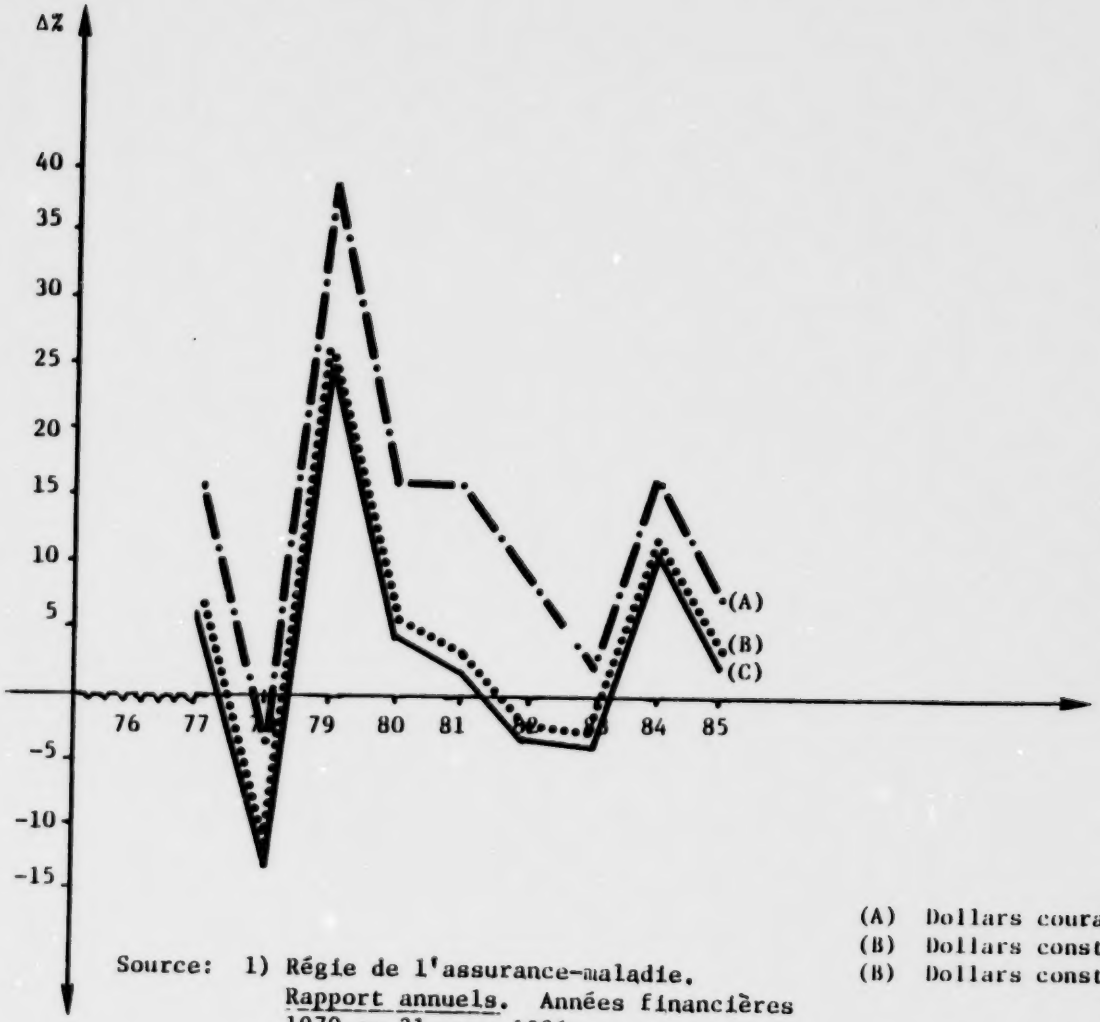
Cet historique du financement de la RAMQ montre qu'en perdant son financement direct, la RAMQ a vu son rôle dans le système socio-sanitaire se modifier. Alors que jusqu'en 1977 elle jouait un rôle important aussi bien dans la gestion des programmes que dans leur contenu, voire même dans leur développement, à partir de 1978 elle a complètement abandonné ces fonctions pour devenir uniquement un organisme payeur qui applique les ententes contractées par le MSSS et d'autres ministères.

L'évolution des revenus de la RAMQ, représentée sur le graphique 3, illustre les différentes phases de son financement. La baisse de financement de 1978 est explicable par l'utilisation des revenus accumulés et par l'abandon d'un financement provenant de sources directes.

Le ralentissement marqué de 1982 et 1983 est à porter au compte de la récession économique et de la politique de compressions budgétaire du gouvernement du Québec. En valeur réelle (1981=100), les revenus per capita, administrés par la RAMQ, sont passés de 156 $ en 1975 à 210 $ en 1985, soit un accroissement annuel moyen de 3,8%. Ce qui veut dire que malgré l'augmentation du nombre et de la couverture des programmes qu'elle administre, les revenus de la RAMQ

Graphique 3

Variation en pourcentage des revenus totaux de la RAMQ



(A) Dollars courants ——·——·
(B) Dollars constants ·····
(B) Dollars constants per capita ——

Source: 1) Régie de l'assurance-maladie. Rapport annuels. Années financières 1970 au 31 mars 1986.
2) Variation en pourcentage, voir tableau 3, chap. 2, p. 2.114.

n'ont pas augmenté beaucoup plus rapidement que la richesse collective durant cette période.

2.5 Analyse du financement des centres hospitaliers

Dire que les centres hospitaliers au Québec sont financés par un budget global alloué par le ministère de la Santé et des services sociaux est vrai mais incomplet. En effet, pour accomplir leur mission, les hôpitaux disposent de ressources financières qui proviennent de différentes sources. Leurs dépenses d'exploitation sont financées en majorité (environ 85%) par un budget global et pour le reste, par un budget approuvé ligne par ligne par le ministère. Une faible proportion des dépenses d'exploitation est financée par les revenus propres des établissements.

Le financement des immobilisations et des équipements est entièrement séparé du budget de fonctionnement. Il est assumé en partie par des fonds publics et en partie par des fonds privés.

Le financement des services médicaux en milieu hospitalier est complètement indépendant. Il est entièrement assumé, de façon centralisée, par la Régie de l'assurance-maladie qui rembourse directement les médecins pour les services qu'ils posent. Les administrations hospitalières n'ont aucune autorité sur ces dépenses, bien que ce soit les médecins, pour soigner leurs patients, qui décident en grande partie de l'emploi des ressources de leur établissement. Cette situation est d'autant plus grave que le nombre de médecins augmente

beaucoup plus vite que le nombre de lits et par conséquent, que la pression médicale sur les ressources hospitalières s'amplifie et ce qui résulte probablement en une augmentation de l'intensité des services.

Nous avons analysé de façon détaillée comment est organisé d'une part, le financement des dépenses d'exploitation et d'autre part, le financement des immobilisations. Le paiement des services médicaux est analysé dans la section qui parle de façon générale sur les modalités de paiement des ressources.

2.5.1 Le financement des dépenses d'exploitation

Ces modalités de financement ont évolué dans le temps. Un bref historique de ces modalités est nécessaire pour comprendre la situation actuelle; il fait l'objet d'un premier point. Dans un deuxième point, nous présentons les règles qui structurent actuellement le financement des dépenses d'exploitation et dans un troisième point nous décrivons les autres sources de revenus des centres hospitaliers.

. Bref historique

De 1961 à 1972 les budgets préparés par les établissements étaient approuvés ligne par ligne par le ministère. Cette forme de financement, outre sa lourdeur et sa rigidité, limitait considérablement le pouvoir des gestionnaires hospitaliers, entraînait des

règlements de fin d'année difficiles et ne permettait pas de contrôler efficacement la croissance des dépenses.

Pour corriger cette situation, le financement des centres hospitaliers, au moyen d'un budget global, est généralisé en 1972. L'enveloppe du budget global de chaque établissement est établie, en 1972, en indexant les dépenses de l'année 1969-70. La base du budget global est ainsi déterminée historiquement.

En 1974, les règlements de fin d'année qui sont incohérents dans une logique de budget global sont abolis. En 1977, on introduit une méthode de révision des bases budgétaires visant à corriger à la marge les iniquités associées au caractère historique du calcul des budgets globaux. La méthode de révision des bases budgétaires (MRBB)[6] est mise en application en même temps que des rétributions budgétaires importantes. Ainsi, au lieu de servir à répartir de façon plus équitable des accroissements du budget, la MRBB sert à gérer des coupures de budget. Cette situation conjonctuelle, associée à une mauvaise compréhension et une application imparfaite de la MRBB, entraîne son abandon au début des années 80.

---

6. La MRBB peut se décomposer en 3 étapes. La première consiste à regrouper les hôpitaux en fonction de leur production de services (nombre de jours d'hospitalisation par diagnostic, structure par âge et sexe des patients, nombre de visites aux cliniques externes et à l'urgence, volume de l'enseignement et de la recherche, volume des services communautaires). La deuxième est de comparer la productivité des ressources employées par chaque hôpital à la productivité moyenne de son groupe de façon à déterminer les hôpitaux qui sont en excédent relatif de ressources et ceux qui sont en pénurie relative de ressources. La troisième consiste à corriger à la hausse le budget global des hôpitaux en pénurie de ressources et à la baisse ceux qui étaient en excédent de ressources.

En 1982, le ministère conçoit une nouvelle politique visant à inciter les établissements à atteindre et à maintenir leur équilibre budgétaire (politique du 1%). Cette politique n'a cependant pas été mise en application avant 1985. Pendant cette période en l'absence de critères systématiques pour apprécier la performance des hôpitaux, les déficits s'accumulent.

En effet, à partir de 1980, les établissements respectent de moins en moins leur budget. Le gouvernement est obligé de se lancer dans des opérations de consolidation des déficits accumulés. En 1986, tous les déficits accumulés jusqu'en 1980 sont payés. En 1986-87, les déficits d'opération des exercices 80-81 et 81-82 sont épongés.

Enfin, en 1987-88, il est décidé d'une part, que les déficits postérieurs à 1982 seront remboursés selon un calendrier qui s'étend jusqu'en 1991-92 et d'autre part, qu'à partir de 1987 les établissements seront entièrement responsables de leur déficit.

La consolidation des déficits des centres hospitaliers pour la période 1974-1987 aura ainsi permis d'éponger une dette d'environ 3/4 de milliard de dollards et de réajuster, de façon importante, les enveloppes budgétaires globales des centres hospitaliers. La question de l'équité de la distribution des enveloppes globales entre les établissements restent toutefois encore entière.

• Le financement actuel des dépenses d'exploitation

Selon la réglementation en vigueur, le budget global octroyé par le MSSS à un établissement constitue en moyenne plus de 80% des dépenses d'exploitation, le reste provient de ses revenus propres.

D'une façon schématique, on peut résumer le processus de détermination du budget global d'un établissement de la façon suivante (Desrochers, 1987). Le budget global est défini à partir du budget accordé l'année précédente modifié par un taux d'accroissement. Au budget ainsi déterminé peut s'ajouter, depuis 1974, un budget de développement servant à couvrir de nouveaux services. Une fois accordé, les budgets de développement sont intégrés au budget global de l'établissement. Chaque année, la contribution du MSSS est égale au budget global autorisé moins les revenus propres de l'établissement. A la composante globale s'ajoute une composante détaillée qui est utilisée par le MSSS pour financer des activités dont il veut protéger le financement comme par exemple les DSC. Cette composante détaillée représente moins de 15% des dépenses d'exploitation.

Ce processus d'allocation budgétaire est encadré par un ensemble très complexe de règlements et de directives visant essentiellement à mesurer la performance financière des établissements et à éviter qu'ils puissent faire des déficits.

Dans le passé, ces mesures ont été insuffisantes pour permettre aux établissements de résister aux forces inflationnistes qui pèsent sur eux. Les incitatifs contenus dans la politique sur les surplus et les déficits du Fonds d'exploitation, et sur le financement temporaire par voie d'emprunts permettront-ils à l'avenir de contenir les dépenses dans les limites des budgets accordés? Il est permis d'en douter.

La politique sur les surplus et les déficits du Fonds d'exploitation (politique du 1%) définie l'équilibre budgétaire comme une situation où l'écart entre le budget et les dépenses d'un établissement est en situation de sur ou de sous-budgétisation. Suivant le cas, le déficit doit ou non être comblé et l'excédent peut ou non être conservé par l'établissement. Si la logique de la démarche est saine, on doit cependant se demander comment elle pourra être opérationalisée. Compte tenu des informations actuellement disponibles sur la productivité des établissements, comment pourra-t-elle prendre en considération l'efficacité des services à corriger un problème de santé et comment pourra-t-elle prendre en compte des relations de complémentarité et de substitution qui existent entre les hôpitaux.

La politique sur le financement temporaire par voie d'emprunts vise essentiellement à contrôler les emprunts qu'un centre hospitalier est autorisé à faire. Il s'agit d'une politique de contrôle des emprunts qui ne porte pas sur les causes qui peuvent

contraindre un centre hospitalier à emprunter. On peut croire, compte tenu de l'importance que joue l'hôpital dans le système de santé et compte tenu du caractère public de son financement que d'une façon ou d'une autre l'Etat reste en dernière analyse responsable des emprunts que les hôpitaux peuvent faire. C'est exactement ce que l'histoire des déficits des hôpitaux depuis 15 ans nous apprend d'autant plus que les règles d'utilisation des autres revenus des centres hospitaliers ne leur laissent aucune latitude.

. Les autres sources de revenus des centres hospitaliers

Les deux principales sources de revenus des établissements, en dehors du budget accordé par le MSSS sont les revenus ayant rapport aux activités principales de l'hôpital et les revenus provenant d'activités accessoires (voir le diagramme 1, p. 2.132). Ces revenus, peu importants en volume, sont majoritairement utilisés dans la réglementation actuelle pour réduire les sorties de fonds publics et non pour accroître l'autonomie financière des hôpitaux.

2.5.2 Le financement des immobilisations

Le degré de développement et le dynamisme du système de santé sont largement influencés par les investissements qui ont été faits dans le passé, et en particulier par les décisions concernant les immobilisations.

Par immobilisation, nous entendons les nouvelles constructions, l'achat d'équipement spécialisé et l'entretien des terrains, des bâtiments et de l'équipement.

Il est donc très important de connaître quelles ont été les modalités et les niveaux de financement des immobilisations.

Dans un premier point, nous donnons quelques informations sur l'évolution des montants et de la structure des dépenses d'immobilisation au Canada, au Québec et aux Etats-Unis. Dans un deuxième point, nous décrivons l'organisation du financement des immobilisations des hôpitaux et la provenance des sources de financement au Québec.

. L'évolution des dépenses en capital[7]

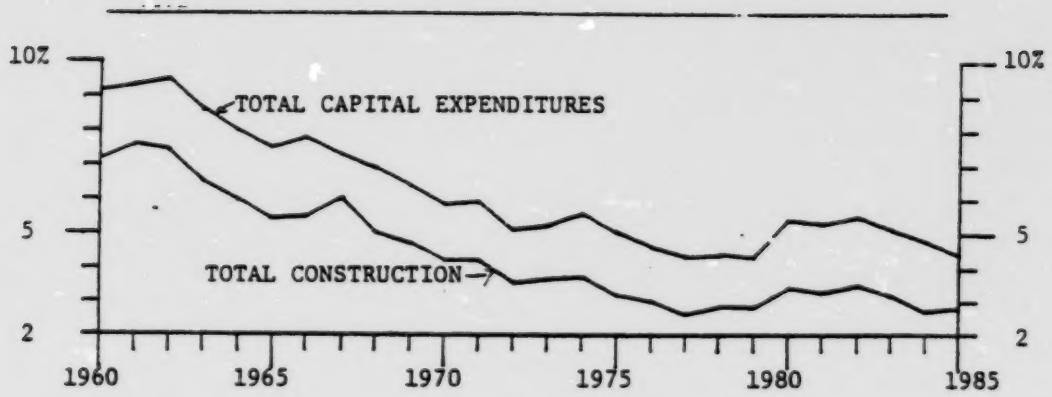
En 1987 les dépenses en capital atteindront au Canada 2 milliards de $, soit environ 4,5% de l'ensemble des dépenses de santé.

Le graphique 4 montre que cette proportion qui atteignait presque 10% en 1960 a décliné jusqu'en 1979 pour reprendre légèrement au début des années 80. On observe de plus, sur ce graphique, que les dépenses de construction qui représentaient environ 50% des dépenses

---

7. Toutes les données présentées dans cette section sont tirées du document de Tholl et Bellerose (1987) ainsi que de l'annexe statistique préparée par Bellerose et al. (1987) à partir de renseignements contenus dans la "National Health Expenditures Data Base" du ministère de la Santé et du bien-être social.

GRAPHIQUE 4: POURCENTAGE DES DEPENSES EN CAPITAL ET EN CONSTRUCTION PAR RAPPORT AUX DEPENSES TOTALES EN SANTE (CANADA)



Source: Pierre-Paul Bellerose, Arthur F. Smith and Mary Paquette (Health Information Division) and Bill Tholl (Health Policy Division, Policy, Communications and Information Health and Welfare Canada) STATISTICS ON CAPITAL SPENDING IN THE HEALTH SECTOR CANADA BY PROVINCE AND U.S.A., June 1987.

jusqu'au début des années 70, ont diminué par la suite pour ce stabiliser à 55%.

Les réparations ont, sur l'ensemble de la période, accaparé environ 9% des dépenses et l'achat d'équipement représente depuis le début des années 70 environ 35% des dépenses.

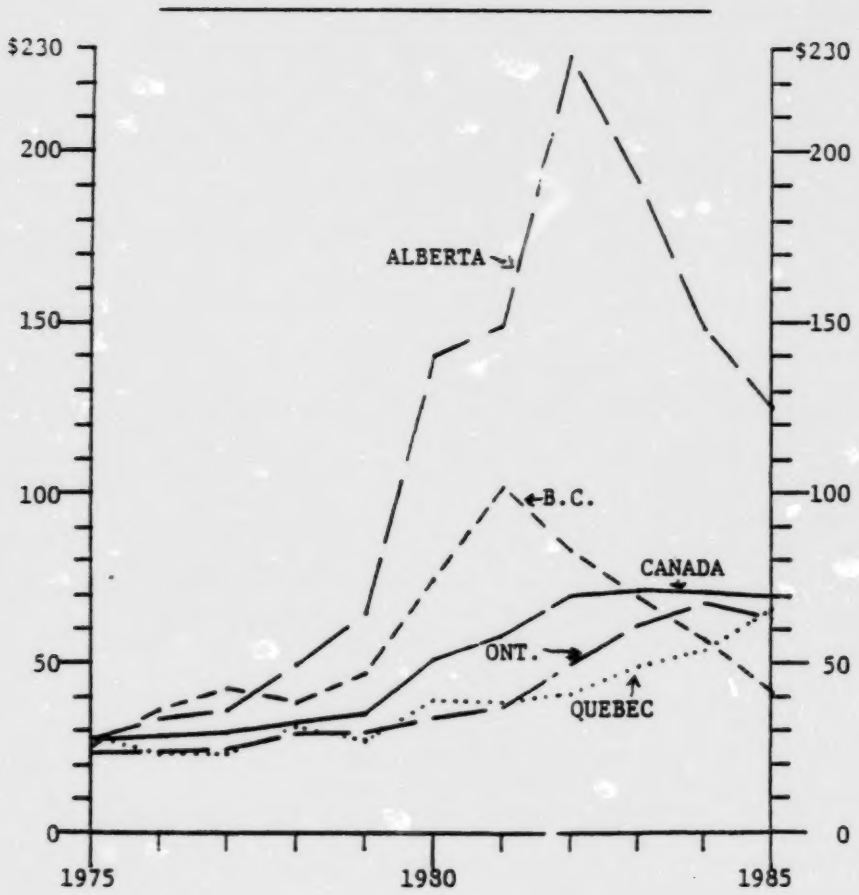
Pour comprendre cette évolution, il faut rappeler que de 1948 à 1970 le gouvernement fédéral a fortement incité les provinces à développer leur infrastructure hospitalière par le programme de subventions à la construction d'hôpitaux[8]. Cette initiative du fédéral, qui consiste à financer environ 30% du coût de la construction des hôpitaux dans les différentes provinces, a permis d'uniformiser à travers le Canada le nombre de lits par 1000 habitants et de préparer la loi de 1958 sur l'assurance-hospitalisation. Ceci explique l'importance des dépenses en capital et en particulier l'importance des constructions au Canada jusqu'en 1970.

Il faudrait donc s'attendre dans les années qui viennent, compte tenu de la durée de vie normale des installations (20 à 30 ans) et de la proportion actuelle des sommes affectées à l'entretien et à la réparation des immobilisations (9%), à ce que ces dépenses augmentent si l'on veut éviter que le parc immobilier du système socio-sanitaire, constitué dans les années 50 et 60, se détériore.

---

8. C'est par cette loi que le Fédéral, pour la première fois, intervient directement dans l'organisation des services de santé des provinces en utilisant son pouvoir de dépenser.

GRAPHIQUE 5 : DÉPENSES EN IMMOBILISATIONS PER CAPITA



Source: Pierre-Paul Bellerose, Arthur F. Smith and Mary Paquette (Health Information Division) and Bill Tholl (Health Policy Division, Policy, Communications and Information Health and Welfare Canada) STATISTICS ON CAPITAL SPENDING IN THE HEALTH SECTOR CANADA BY PROVINCE AND U.S.A., June 1987.

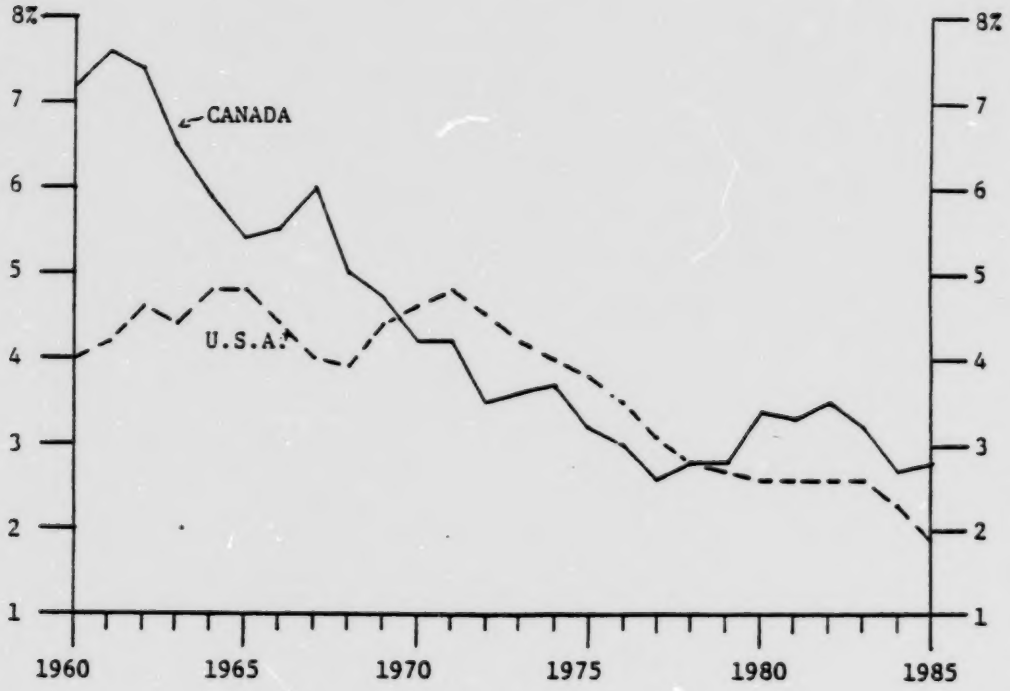
Le graphique 5 permet de comparer les dépenses en capital des différentes provinces. Même si l'on exclut l'Alberta qui a largement utilisé son "Heritage Fund" pour développer des centres d'excellence dans le domaine médical, on constate que les dépenses en capital ont été inférieures au Québec qu'en moyenne au Canada de 1975 à 1985. Elles ont, par contre, été à peu près les mêmes qu'en Ontario.

On observe aussi qu'au Québec, les investissements dans le domaine de la santé ont pris un rythme ascendant assez prononcé à partir de 1981-82. La comparaison de la situation canadienne et de la situation américaine, illustrée sur le graphique 6, montre d'une part que la période massive d'investissements dans le système de santé au Canada se situe au début des années 60, c'est-à-dire au moment de l'instauration de l'assurance-hospitalisation, tandis qu'aux Etats-Unis c'est plutôt au début des années 70, suite à la mise en place des programmes Medicaid et Medicare que les investissements ont été les plus importants. Le graphique 6 montre d'autre part, que les dépenses de capital au Canada ont connu au début des années 80 une reprise qu'il faut associer à la pression de plus en plus forte qui s'exerce sur les ressources hospitalières de la part d'un nombre croissant de médecins[9]. En effet, de 1966 à 1986 le ratio lit par médecin passe de plus de 6 à presque 4.

---

9. Cette croissance de la démographie médicale est en grande partie la résultante des effets du "Health Resources Fund Act" voté par le Fédéral en 1966 à la suite des recommandations de la Commission Hall pour accroître le nombre des facultés de médecine et le nombre de médecins au Canada en vue de préparer l'instauration du régime d'assurance-maladie.

GRAPHIQUE 6 : LA PART DES DÉPENSES TOTALES DE CONSTRUCTION DANS L'ENSEMBLE DES DÉPENSES EN SANTÉ



Source: Pierre-Paul Bellerose, Arthur F. Smith and Mary Paquette (Health Information Division) and Bill Tholl (Health Policy Division, Policy, Communications and Information Health and Welfare Canada) STATISTICS ON CAPITAL SPENDING IN THE HEALTH SECTOR CANADA BY PROVINCE AND U.S.A., June 1987.

Tholl et Bellerose (1987) concluent leur analyse du financement des immobilisations au Canada en constatant qu'il n'y a pas eu, de façon générale, de sous-capitalisation dans le domaine de la santé au Canada et même qu'on assiste, depuis 1979, à une reprise importante des investissements dans ce secteur. Ce phénomène peut être mis en relation avec la reprise de la croissance des coûts de fonctionnement du système à partir de 1982. Ils observent aussi qu'il faut analyser en détail les modalités existantes de financement dans chaque province pour comprendre les évolutions globales qui ont été présentées.

. Le financement des immobilisations au Québec

Au Québec, comme d'ailleurs dans les autres provinces du Canada, le financement des immobilisations a toujours été dissocié du financement des dépenses courantes d'exploitation. Cette séparation trouve sa justification d'une part, dans le caractère stratégique des dépenses d'immobilisation qu'il est difficile de laisser à l'initiative de chaque établissement en l'absence de politique de développement du secteur hospitalier et de mécanismes permettant d'orchestrer les décisions des différents établissements à l'intérieur d'une région.

D'autre part, quand les dépenses du secteur hospitalier sont financées par l'Etat, il est essentiel, pour être en mesure de maîtriser les coûts de ce secteur, qu'il y ait cohérence entre les décisions d'investissement et les décisions sur le volume total des sommes qui

seront affectées au fonctionnement des établissements. Cette dissociation est enfin reliée au mode d'allocation annuel des budgets de fonctionnement des hôpitaux par l'Etat. Le financement des immobilisations par les établissements serait difficilement compatible avec une budgétisation annuelle de ses dépenses.

La contrepartie de cette dissociation est une absence quasi-totale d'information sur la situation des immobilisations dans le secteur hospitalier. Il n'existe aucune donnée fiable et systématique sur les actifs des établissements du système socio-sanitaire et sur leur degré d'amortissement. L'évolution du financement des immobilisations au Québec peut, depuis 1961, se résumer ainsi (voir chapitre 2, tableau 2, p. 161-162).

1961 à 1976

Durant cette première période, c'est le ministère qui a la responsabilité de l'autorisation du financement des dépenses d'immobilisation. On estime qu'environ 25% des projets menés par les établissements ont été financés durant cette période. Le financement se faisait par des subventions directes et par l'émission d'obligations garanties par le gouvernement et gérées par le service de la dette.

La Corporation d'hébergement du Québec est constituée en 1974. Elle a pour mandat d'assurer le financement des immobilisations pour le compte du ministère.

On doit se rappeler que durant la première partie de cette période, soit jusqu'en 1970, le Fédéral contribuait au financement de la construction d'hôpitaux en remboursant aux provinces environ 30% des coûts de construction.

1976 à 1985

En 1976, le financement des immobilisations est décentralisé. Ce sont les CRSSS qui sont responsables du financement de tous les projets d'immobilisation inférieurs à 1 000 000 $ pour les établissements de santé et à 250 000 $ pour les établissements sociaux.

Dans le domaine de la santé se sont les revenus générés par les chambres privées et semi-privées qui servaient aux CRSSS à financer les immobilisations.

On assiste cependant, durant cette période, à une certaine perte de pouvoir des CRSSS dans la mesure où le ministère reçoit une proportion de plus en plus importante des revenus de chambres privées et semi-privées. Jusqu'en 1981, il reçoit 10% de ces revenus, principalement pour assurer une certaine péréquation entre les régions. A partir de 1981, le ministère conserve 1/3 de ces revenus et n'est plus tenu de réinvestir ces fonds en péréquation interrégionale. La perte de revenus pour les établissements et les CRSSS est en partie compensée par une augmentation du tarif des chambres de 50%. Durant cette période, les projets de plus de 1 000 000 $ sont financés par emprunt

garanti par le gouvernement et sont régis par la politique de financement temporaire par voie d'emprunts.

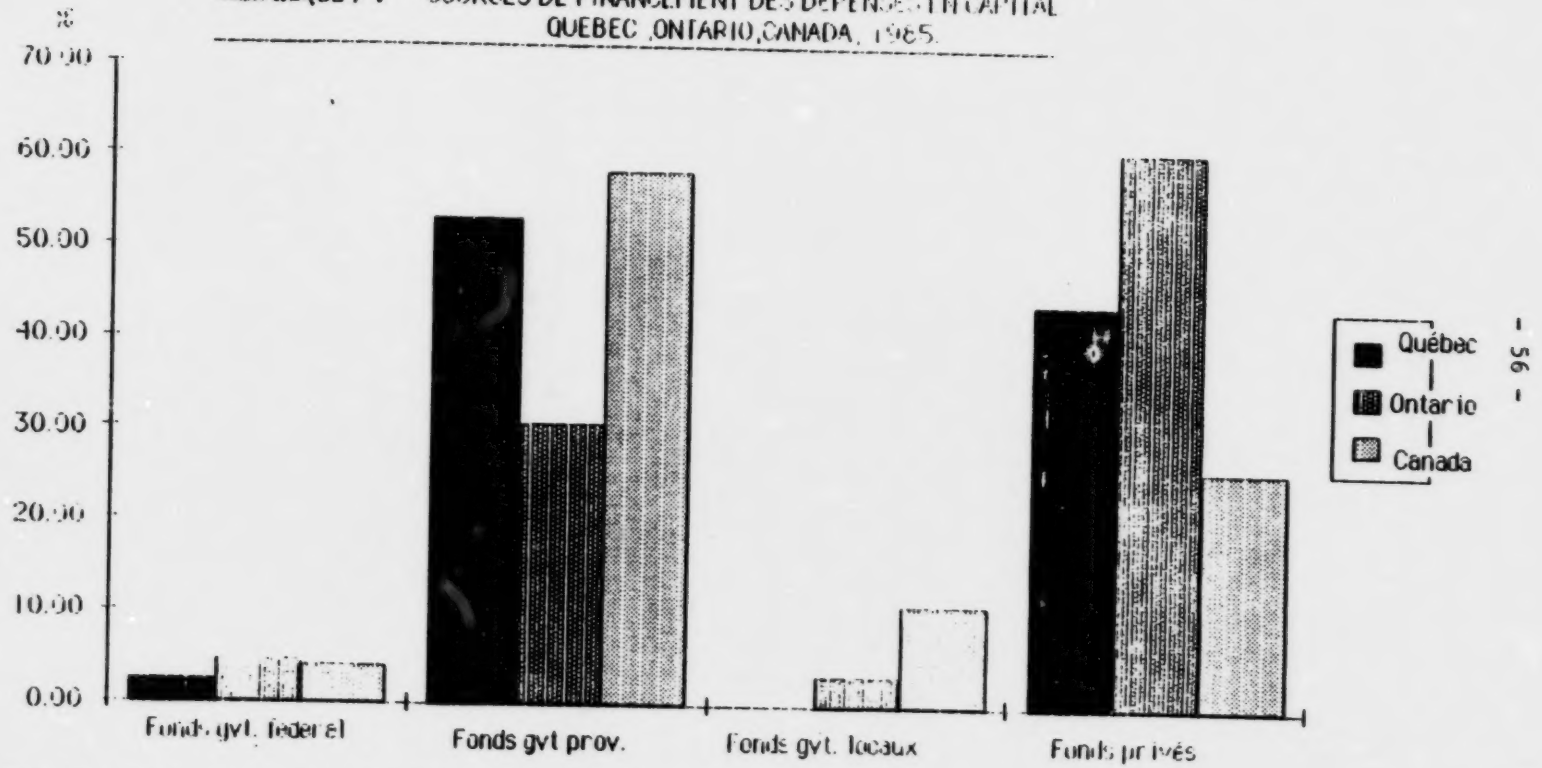
Les établissements contribuent directement au financement des immobilisations en utilisant les revenus des chambres privées et semi-privées qu'ils peuvent conserver et en puisant à même leurs fonds propres. Même quand ils utilisent leurs fonds propres, les établissements ne peuvent investir sans obtenir l'autorisation des CRSSS ou du ministère. Une attention particulière est portée aux dépenses récurrentes qu'un investissement additionnel pourrait entraîner.

En 1986 la politique de financement des immobilisations est changée. Tous les revenus de chambre sont retournés au MSSS et la distinction entre les projets de moins de 1 000 000 $ et ceux de plus de 1 000 000 $ est abandonnée. Le ministère est responsable de fournir à chaque CRSSS une enveloppe budgétaire pour fins d'immobilisations lui permettant de répondre aux besoins de sa région.

Le financement des immobilisations est ainsi assuré par la proportion financée par les CRSSS par les revenus de chambre, par des obligations de moyens et de long terme émises par la Corporation d'hébergement du Québec et par les remboursements de la RAAQ pour les coûts générés par les accidentés de la route (60 000 000 $ par an).

A ces sources de financement s'ajoute les fonds propres dont les établissements peuvent disposer.

GRAPHIQUE 7 : SOURCES DE FINANCEMENT DES DEPENSES EN CAPITAL QUEBEC ,ONTARIO,CANADA, 1985.



SOURCE: "National health expenditures data base" Health and Welfare Canada 1987

Le graphique 7 illustre la provenance des sources de financement des dépenses en capital au Québec, en Ontario et pour l'ensemble du Canada en 1985.

On peut y constater qu'au Québec presque 50% des dépenses en capital sont financées par des fonds privés alors que la moyenne canadienne est de 26,2%. En Ontario, cette source de fonds représente 60% des investissements.

Malgré l'importance des fonds d'origine privée, il faut se rappeler que les décisions d'investissements sont au Québec presque totalement réglementées par les pouvoirs publics. Le recours au privé pour le financement des immobilisations doit ainsi être vu essentiellement comme un moyen de financement et non pas comme une activité que l'Etat abandonne au secteur privé.

En conclusion de cette analyse du financement des immobilisations, nous devons rappeler que malgré les efforts faits, de nombreux indices indiquent que les édifices et les équipements des centres hospitaliers québécois vieillissent (CRSSSMM, 1984; AHQ, 1983; Thompson et al., 1984) et qu'il serait important de repenser le financement des immobilisations dans les centres hospitaliers (Bureau de coordination, 1985; CRSSSMM, 1985; Tholl et Bellerose, 1987).

En effet, malgré de nombreuses réformes les politiques de financement souffrent de deux grandes lacunes.

La première découle de l'absence de relation entre les sommes affectées au financement des immobilisations et les besoins en immobilisations. Au lieu d'établir le montant d'argent nécessaire pour maintenir en état le réseau hospitalier, compte tenu de sa vétusté, des développements technologiques et de l'évaluation des besoins de la population, on a élaboré, en guise de politique de financement des immobilisations, des mécanismes de redistribution de sommes d'argent qui n'ont aucune raison de correspondre aux besoins.

Par quel hasard les revenus de chambres privées et semi-privées, des centres hospitaliers, devraient-ils correspondre aux besoins en immobilisations? Existe-t-il une relation entre le coût des hospitalisations des personnes accidentées de la route et les besoins en immobilisations?

Cette incohérence, entre les besoins et les sommes d'argent affectées aux immobilisations, n'a pas été corrigée par la politique de décentralisation administrative introduite en 1976. En effet cette politique, en même temps qu'elle donnait plus de latitude aux établissements et surtout aux conseils régionaux, créait des contrôles sur les tarifs de chambres et sur l'utilisation des fonds propres. Elle réduisait, en réalité, l'autonomie financière des établissements.

En fait, la seule possibilité, qui s'offre aux établissements pour trouver une solution aux besoins en immobilisations, est de faire appel au privé, soit en développant des services payants (tari

quotidien d'hôtellerie, libéralisation du prix des chambres, etc.), ou soit en faisant appel, de façon plus insistante, à la philantropie. Mais, dans l'un et l'autre cas, cette privatisation du financement est largement réglementée. Peut-elle continuer à se développer dans le cadre réglementaire actuel et, si elle le fait ne risque-t-elle pas d'orienter le système hospitalier vers une direction plus ou moins compatible avec les objectifs du réseau? On peut craindre, par exemple, un développement de chambres privées payantes au détriment des salles communes, ou encore des investissements massifs dans des technologies avant-gardistes au détriment de l'entretien des immeubles.

La <u>deuxième</u> lacune résulte de l'absence de lien entre le budget de fonctionnement des centres hospitaliers et les politiques de financement des immobilisations. Le financement des immobilisations a toujours été dissocié du budget de fonctionnement. Les administrateurs hospitaliers n'ont donc pu développer une stratégie cohérente d'amortissement et de provisions pour fins d'investissements. Pourtant, c'est à travers une telle stratégie qu'il serait possible de donner aux administrateurs hospitaliers un certain pouvoir sur le futur de leur établissement. C'est ainsi qu'un budget intégré d'opération et d'investissement permettrait d'insérer une perspective temporelle qui obligerait alors les administrateurs hospitaliers à faire des choix en fonction du futur et non seulement en fonction de l'atteinte d'un équilibre budgétaire de court terme.

Enfin, cette absence d'intégration du financement des immobilisations et du financement de l'exploitation explique qu'il n'existe aucune information systématique sur l'état des immobilisations et en particulier sur les équipements des centres hospitaliers. Cette absence d'information rend, à toute fin pratique, impossible à court terme l'instauration d'une politique cohérente de financement des immobilisations.

Le tableau très sombre que nous venons de dresser doit cependant être complété par deux remarques. Premièrement, si les modalités de financement des immobilisations sont à l'origine de nouveaux problèmes, on doit cependant reconnaître qu'elles ont permis de maîtriser relativement bien le développement technologique dans les hôpitaux et par le fait même, les coûts du secteur hospitalier. Deuxièmement, ces modalités ont aussi permis aux différentes régions, en contrôlant le développement technologique, de favoriser une certaine rationalisation des missions des hôpitaux de leur territoire. Cela a été particulièrement vrai pour les régions urbaines et universitaires.

On peut donc conclure notre analyse du financement des immobilisations en indiquant qu'une politique efficace de financement des immobilisations devrait simultanément rendre chaque établissement responsable du financement de ses immobilisations en élargissant sa base budgétaire, et en même temps associer cet élargissement des bases budgétaires à des plans quinquennaux régionaux de développement des

hôpitaux. Chaque hôpital retrouverait aussi une certaine autonomie de développement, mais à l'intérieur d'un plan régional de développement.

2.6 Conclusion sur l'analyse des mécanismes de financement du système socio-sanitaire

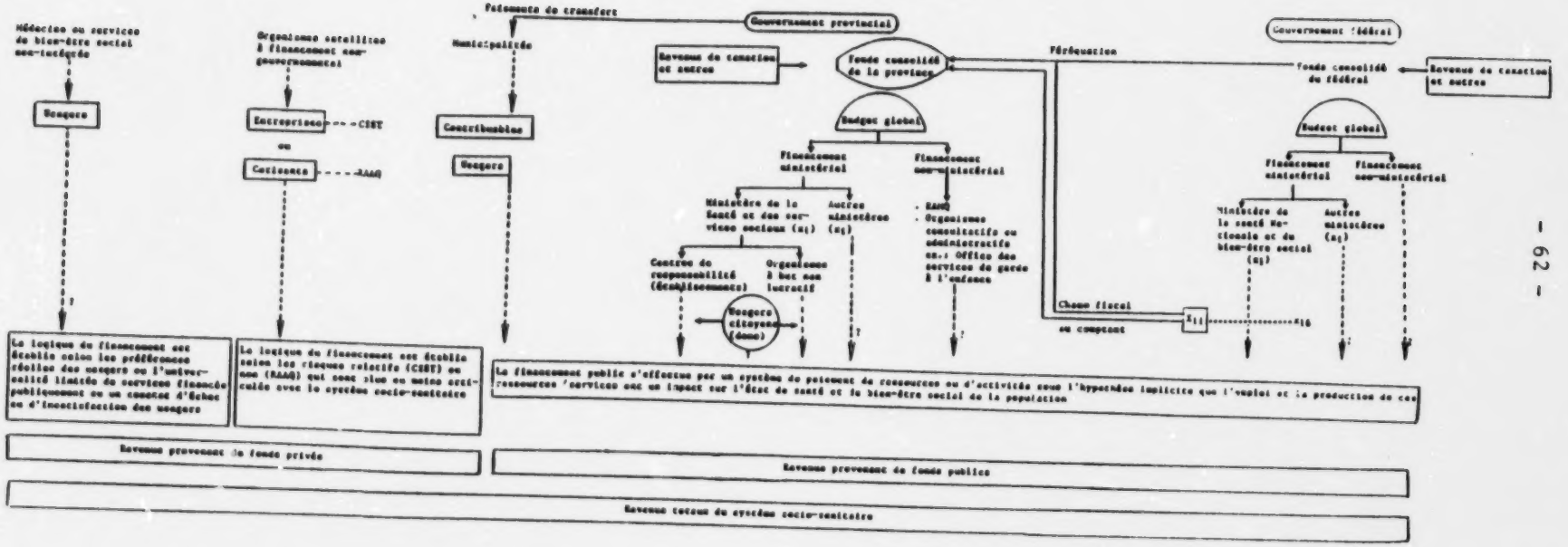
La figure 3 résume les mécanismes actuels de financement du système socio-sanitaire. On y constate que le financement de ce système est mixte. C'est le financement public qui est le plus important. On admet, en effet, qu'au minimum 20% des revenus totaux du système socio-sanitaire proviennent de fonds privées[10]. Il ne s'agit là, toutefois, que d'une approximation dont la fragilité apparaît nettement en observant le nombre de points d'interrogation inscrits sur la figure 3. Plus notre conception du système socio-sanitaire est étendue, plus il est difficile d'avoir une image complète de ce que la société y dépense réellement. En effet, du côté public, plus notre perspective s'élargit, plus il faut s'assurer que l'on englobe des activités ou des responsabilités qui sont assumées par un grand nombre de ministères dont on ne connait pas l'importance monétaire. Du côté privé, il faut considérer une gamme très large d'intervenants, tant privés que communautaires, dont la contribution au financement du système socio-sanitaire n'est presque pas documentée.

La première conclusion consiste donc à reconnaître que nous ne connaissons pas précisément le montant total des sommes qui sont affectées au financement du système socio-sanitaire québécois soit

10. Cette estimation provient de l'analyse des coûts du système socio-sanitaire, présentée au chapitre 3 du rapport et résumée au point 1.4 de ce chapitre synthèse.

Figure 3

ETAT ACTUEL DU FINANCEMENT DU SYSTÈME SOCIO-SANITAIRE



directement par les individus utilisateurs ou soit indirectement par les pouvoirs publics.

La deuxième conclusion porte sur la partie publique du financement. Nous avons montré que depuis le milieu des années 1970 le financement de la partie publique du système socio-sanitaire est faite en prélevant, du Fonds consolidé de la province, une enveloppe budgétaire globale. Le montant de ce que les pouvoirs publics affectent à la santé, dans un tel système, ne découle pas directement d'une expression des besoins de la population en services mais bien des arbitrages politiques qui se réalisent entre les différents ministères sur la répartition des ressources fiscales. La logique des ressources disponibles domine ainsi nettement celle des besoins de santé et de bien-être de la population. Les mécanismes de financement dans une telle perspective devraient permettre de garantir l'équilibre financier du secteur. Cette garantie repose sur la possibilité de rationner les services publics et éventuellement de permettre au secteur privé de jouer le rôle de soupape de sécurité.

Cette dernière possibilité est cependant, au Canada en général et au Québec en particulier, très limitée par l'exigence d'universalité et d'équité d'accès aux services que les valeurs de notre société et ses lois garantissent.

Le retrait progressif, de 1977 à 1986, du gouvernement fédéral au financement des systèmes provinciaux de santé, en limitant

l'accroissement de sa contribution à un montant inférieur à l'accroissement de la richesse collective, donne aux provinces une responsabilité accrue. Le Québec assume cette responsabilité en finançant les services médicaux et surtout les établissements en leur allouant, chaque année, des enveloppes budgétaires globales à partir de ses recettes fiscales.

Cette modalité de financement des hôpitaux qui a été mise en place au début des années 70 a permis d'exercer un certain contrôle sur le rythme de croissance des coûts du secteur hospitalier au Québec. Elle s'est par ailleurs avérée insuffisante, premièrement pour stimuler les hôpitaux à rencontrer de façon optimale les objectifs du système de soins et, deuxièmement pour s'assurer que les hôpitaux employaient de façon optimale leurs ressources.

La plus grosse partie du financement de chaque hôpital est constituée par un budget global annuel dont le montant, déterminé par le MSSS à partir d'une base historique, sert à financer les dépenses d'exploitation de l'hôpital. Ce budget global ne comprend ainsi, ni les dépenses d'immobilisation, ni les dépenses pour les services médicaux et dentaires qui sont payées directement par la RAMQ aux médecins. Ceci a plusieurs conséquences. La première est de décentraliser les décisions dans chaque hôpital. Cette décentralisation, parfaitement conforme avec le statut juridique des hôpitaux du Québec, fait en sorte qu'il est très difficile d'inciter les hôpitaux à une meilleure concertation entre eux de façon à rationaliser l'emploi de leurs ressources pour offrir les services les plus appropriés à la population.

La deuxième conséquence découle de la séparation entre le financement des services hospitaliers et celui des services médicaux. Cette séparation limite la possibilité de redistribuer des ressources entre le secteur ambulatoire (hors hospitalier) et le secteur hospitalier. Cette caractéristique n'est pas indépendante de la place qu'occupe aujourd'hui, au Québec, l'hôpital dans le système de santé. Elle fait aussi en sorte que personne, même pas le MSSS, ne peut trouver un avantage réel à une meilleure allocation des ressources entre ces deux secteurs.

Troisièmement, le financement des hôpitaux fondé sur une base historique perpétue, d'année en année, les incohérences qui existaient au début des années 70. Les mécanismes de révision de la base budgétaire, qui ont été introduits, étaient essentiellement centrés sur la performance à produire des services et non sur l'efficacité de ces services à rencontrer des objectifs de soins. Ils ont pu, à la marge, accroître la productivité des hôpitaux, par contre ils n'ont certainement pas contribué à atteindre des objectifs de santé d'autant plus que ces efforts ont été abandonnés au début des années 80 sans qu'aujourd'hui on ait vraiment réussi à les remplacer.

Quatrièmement, la logique comptable, majoritairement utilisée pour le financement des opérations courantes, ne permet pas de connaître avec quelle efficacité les ressources investies dans les établissements permettent d'atteindre des résultats en termes de santé et de bien-être. Pour cela, il faudrait non seulement connaître le volume et les coûts de production mais aussi les résultats de services produits. Il ne sert à rien de produire de façon efficace quelque

chose qui soit inutile ou dont le même résultat pourrait être obtenu dans des conditions différentes de production. Or, les systèmes actuels d'information, s'ils nous renseignent sur les services produits, ne disent rien sur les résultats. Ceci rend donc impossible une évaluation de la justesse du niveau de financement actuel des établissements.

Cinquièmement, les modalités actuelles de financement des hôpitaux n'incitent pas à une allocation optimale des ressources.

Le financement des immobilisations pose de nombreuses questions: quelle est la logique qui a conduit à sélectionner les revenus de suppléments de chambres comme sources de financement des immobilisations? Quel est le lien avec les besoins en immobilisations? Pourquoi utilisera-t-on une somme globale prélevée à la Régie de l'assurance-automobile du Québec pour combler la différence monétaire des engagements financiers? Ces transferts de fonds ne sont pas intégrés dans une logique de système. On puise les sommes où 'on trouve des surplus rendant les actions de récompense et de démérite difficiles à formaliser et à analyser. L'allocation des ressources dans le temps est laissée au hasard de la disponibilité de crédits de court terme. Elle n'est pas faite en fonction d'un plan de développement du réseau hospitalier qui prendrait en compte les besoins de la population et les possibilités de développement technologique.

Dans une perspective plus large, le financement des déficits illustre aussi la prépondérance du court terme dans l'allocation des

ressources. Il semble que l'objectif premier, à la fois des administrateurs, des CRSSS et du MSSS, est de trouver des solutions de court terme car les ajustements se font à la pièce. On reporte, dans le temps, à la fois le règlement complet des problèmes et les sommes financières qu'ils impliquent.

Les incitatifs à une bonne performance financière, que l'on espère rendre opérationnels en 1987, sont potentiellement efficaces pour les établissements qui présentent une situation financière acceptable. Pour ceux qui ont un bilan négatif, les incitatifs ne seront vraisemblement pas efficaces pour revitaliser leur situation financière. Tant le traitement des surplus que celui des déficits s'effectue établissement par établissement, le processus est lourd, complexe et exclut toute possibilité de péréquation inter-établissement. Les externalités de réussite financière ou d'échec demeurent internalisées à chaque établissement. Ceci ne permet pas une intégration de système. Ceci est particulièrement vrai lorsque l'on considère la répartition des ressources entre les soins de court terme et les soins de long terme.

On ne peut en terminant qu'insister sur le rôle central des modalités de financement des hôpitaux dans le fonctionnement du système socio-sanitaire. Soulignons qu'une réflexion très sérieuse doit être entreprise pour développer des modalités de financement qui amènent une meilleure cohérence entre les objectifs du système, les crédits octroyés et les résultats escomptés.

Une telle réflexion ne peut toutefois pas être entreprise avant que soit analysée la question du paiement des ressources. C'est en effet en couplant l'analyse des modalités de financement, que nous venons de mener avec celle des modalités de paiement des ressources humaines et matérielles qui produisent les services du système socio-sanitaire que l'on pourra connaître si les incitatifs financiers agissent en synergie ou en antagonisme sur le système. Dès lors, l'on pourra porter un jugement sur la cohérence de maintenir ou de modifier certains d'entre eux afin de réconcilier les objectifs, les crédits octroyés et les résultats escomptés.

3 Les modalités de paiement des ressources

La section précédente a été consacrée à l'analyse des mécanismes de financement du système de la santé et des services sociaux, c'est-à-dire à l'analyse des sources de financement. Il faut maintenant s'interroger sur la façon dont les sommes affectées à ce système sont utilisées pour payer les ressources de façon à pouvoir porter un jugement sur la cohérence existante d'une part entre le financement et le paiement et d'autre part entre les incitatifs associés aux modalités de paiement existantes et les objectifs du système québécois[11].

---

11. Cette section n'est pas, contrairement au reste de ce chapitre synthèse, un rappel des principales conclusions des analyses présentées dans les trois chapitres de ce rapport. Elle est plutôt un complément préparé à partir de trois documents de recherche du GRIS: "L'influence du paiement des ressources dans le système de santé; un cadre d'analyse", Contandriopoulos AP et al (1986); "Les modalités de paiement des professionnels de la santé et les objectifs du système socio-sanitaire: un bilan des expériences étrangères", Contandriopoulos AP et al (1987); "Les services médicaux au Québec", Contandriopoulos AP, Fournier MA (1982).

Nous commençons, dans un premier point, par proposer un cadre d'analyse permettant de discuter des questions reliées au paiement des ressources. Ce cadre d'analyse s'applique essentiellement aux ressources humaines qui constituent les principales ressources du système de la santé et des services sociaux. En effet, environ 80% des dépenses du système sont constituées par le paiement de ces ressources. Dans un deuxième point, nous décrivons brièvement les modalités de paiement des ressources humaines au Québec et dans un troisième point, nous tentons, à partir de la littérature, de faire une revue des expériences étrangères afin de déterminer quelles sont les modalités de paiement qui sont les plus susceptibles de permettre au système socio-sanitaire du Québec d'atteindre ses finalités.

3.1 Cadre d'analyse

L'analyse de la dynamique du système de la santé et des services sociaux (chapitre 1) a mis en évidence le rôle central que jouent les professionnels de la santé dans ce système. Leurs décisions affectent à la fois le fonctionnement du système et sa capacité à atteindre ses objectifs (Comité sur la rémunération des professionnels de la santé (1980); U.S. Congress (1986); Barer et al (1985); U.S. Congress (1984); Hornbrook and Berki (1985); OCDE (1987)).

Or, ces décisions sont en partie dépendantes des stimulants qui s'exercent sur eux et entres autres de ceux qui sont véhiculés par

les modalités de paiement. Il est donc essentiel d'ajuster, de façon cohérente, les stimulants contenus dans les modalités de paiement aux finalités du système tout en tenant compte des modalités de financement qui existent. Ce soucis de cohérence, s'il est central, ne peut toutefois pas cacher les enjeux professionnels qui sont associés aux modalités de paiement. Ces modalités symbolisent, en effet, l'autonomie professionnelle des principaux acteurs du système. Elles sont empreintes de valeurs et leur discussion est toujours difficile.

Nous pensons que pour clarifier le débat, il est important de commencer par définir ce que l'on appelle les modalités de paiement des ressources puis, par la suite, d'indiquer quelles sont les modalités de paiement des professionnels et de la main-d'oeuvre du système québécois actuel de la santé et des services sociaux.

a) Définition des modalités de paiement des ressources

Les modalités de paiement des ressources ne peuvent se résumer à un mode de rémunération comme le paiement à l'acte, le salariat ou la capitation. Elles font aussi référence au contexte organisationnel dans lequel elles s'inscrivent. C'est en analysant simultanément le mode de rémunération et son contexte organisationnel que l'on peut proposer une typologie utile des modalités de paiement des ressources. En nous inspirant des distinctions suggérées par Reinhardt (1984), nous proposons de classer les différentes formes de paiement

des ressources à partir de trois questions: Quel est l'objet de la rémunération? Comment et par qui est fixé le niveau de la rémunération? Et comment est organisé le paiement?

Sans que cela soit habituellement explicite, c'est l'objet de la rémunération qui est généralement utilisé pour catégoriser les modes de rémunération quand on parle de paiement à l'acte, de paiement à salaire, ou encore de paiement à la capitation. Or, ces modes de rémunération ne peuvent exister en-dehors des modalités organisationnelles qui les structurent. Ces modalités peuvent se définir à partir des deux dernières questions. C'est par cela que nous commencerons l'analyse des modalités de paiement des ressources humaines du système de la santé et des services sociaux. Ce sont ces modalités organisationnelles du paiement, plus que les modes de rémunération en tant que tels, qui caractérisent un système. Elles sont le reflet de la façon dont est réglementé le marché du travail dans une communauté et d'une manière plus spécifique, de la place qu'occupe le professionnalisme.

Les modalités organisationnelles de paiement dépendent de la façon dont est déterminé le niveau de la rémunération et aussi de la façon dont est organisé le paiement de la ressource.

Le niveau de la rémunération peut être déterminé de trois façons (figure 4):

1) Par le professionnel lui-même en laissant jouer son pouvoir discrétionnaire et la capacité de payer des patients et des

employeurs. Cette forme de fixation du niveau de rémunération des professionnels était dominante avant l'introduction des régimes publics d'assurance-maladie dans les pays occidentaux. Aux Etats-Unis, elle était encore largement employée jusqu'à tout récemment par les médecins (U.S. Congress, 1986). Elle demeure la forme habituelle de fixation des honoraires de tous les professionnels qui n'exercent pas dans le cadre des régimes organisés d'assurance-maladie.

2) Par négociation entre les professionnels et un organisme payeur qui peut être privé ou public. Cette négociation peut servir, comme c'est le cas au Canada, pour les médecins à fixer le niveau des tarifs de remboursement des actes ou encore à définir des conditions salariales ou les barèmes de paiement de la capitation.

3) Par décision administrative, ce qui correspond à la forme la plus centralisée de détermination du niveau de revenu.

L'organisation du paiement des ressources peut être organisée de trois façons: 1) assumée par le patient lui-même qui peut être, ou non, remboursé par une assurance. C'est ce qui se passe au Québec pour les chiropraticiens ou pour les dentistes pour les services non couverts par le régime d'assurance-maladie. 2) confiée à un tiers payant comme c'est le cas au Canada pour les médecins, 3) assumée par l'organisation qui emploie la ressource. C'est la forme la plus courante de paiement des ressources humaines employées par l'hôpital et les autres établissements.

Figure 4

Les modalités organisationnelles du paiement des ressources

Organisation du paiement	Détermination du niveau de la rémunération		
	Par le médecin	Par négociation entre les médecins et un organisme payeur	Par décision administrative
- Directement par le patient . sans remboursement		X	X
. avec remboursement			
- Par un tiers payant directement au médecin			
- Par l'organisation dans laquelle travaille le médecin	X		

La figure 4 permet de voir que l'organisation du paiement des ressources reflète les valeurs qui prévalent dans l'ensemble du système de la santé et des services sociaux. Le paiement fait directement par le patient, des honoraires fixés librement par un professionnel, définissent un système où les valeurs d'individualisme et d'entrepreneurship dominent. Ce mode très individualisé d'organisation correpond à celui qui existait pour les médecins au Canada ou aux Etats-Unis jusqu'au milieu des années 1950. C'est celui qui existe aujourd'hui pour les services offerts par des professionnels en-dehors du régime publique d'assurance-maladie. A ce modèle s'oppose un système fortement centralisé dans lequel la rémunération des professionnels est fixée par une décision administrative et est versée par l'organisation qui les emploi. Cela se retrouve d'une part, pour les médecins dans le système de soins des pays socialistes ou dans des organisations comme certains H.M.O. aux Etats-Unis (Roemer, 1980) et d'autre part, quelquefois pour le personnel employé par les établissements du système de la santé et des services sociaux.

Si les modalités organisationnelles du paiement des ressources permettent d'établir une première typologie, elles restent insuffisantes pour caractériser les modalités de paiement. Il faut leur ajouter une troisième dimension, soit l'objet de la rémunération.

b) L'objet de la rémunération

La rémunération d'une ressource peut se justifier, soit par le paiement de la ressource elle-même, soit par le paiement des

services qu'elle permet d'offrir ou soit par la responsabilité qu'elle assume par rapport à un résultat (figure 5). Ces trois objets possibles d'une rémunération, bien que différents, sont reliés entre eux par l'équivalence logique qui existe entre la structure, le processus et le résultat en termes de santé d'une intervention quelle qu'elle soit (Donabedian, 1973; Champagne et al (1985). Malgré ce lien, les incitatifs qui leur sont associés sont très différents.

Le paiement de la ressource elle-même est fonction du temps durant lequel la ressource caractérisée par sa formation, sa compétence et son expérience, est employée. La forme que prend ce mode de rémunération, établie en fonction du temps consacré à des activités professionnelles, est le salariat ou la vacation. Ce mode permet aux professionnels d'exercer à l'intérieur d'une certaine période de temps leurs activités professionnelles comme ils l'entendent. De plus, ce mode de rémunération est applicable à toutes les activités professionnelles (enseignement, administration, prévention, recherche, etc.) et peut couvrir de façon unique le travail effectué dans différents lieux de pratique (hôpitaux, cabinet privé, etc.). Par contre, la grande liberté qu'il accorde théoriquement sur le contenu de l'activité, est généralement compensée par des contrôles administratifs, souvent lourds, de l'organisme qui est responsable du paiement.

Ce sont ces contrôles qui rendent suspect ce mode de paiement pour les médecins et les autres professionnels qui craignent une

Figure 5

Les objets et les modes de la rémunération

Objet	La ressource elle-même	Les services individualisés	Les services agrégés	Une responsabilité par rapport à un résultat
Unité comptable	Temps de travail	Acte	Ensemble des services requis pour traiter un cas	Responsabilité de fournir les soins requis aux personnes inscrites
Modes de rémunération	Salariat et vacation	Paiement à l'acte	Paiement au cas (DRG médicaux)	Capitation

normalisation du contenu de leurs activités professionnelles. Il peut en effet paraître difficile d'imaginer comment ce mode de rémunération, qui ne peut exister sans un certain contrôle au moins sur la quantité du temps payé, pourrait en même temps permettre au professionnel de rester entièrement responsable du contenu de son activité professionnelle. La pratique des médecins à salaire en CLSC au Québec est peut-être un exemple d'une organisation qui permet un équilibre intéressant entre le contrôle et la liberté professionnelle. Ce mode de paiement, par ailleurs, est facilement compatible avec un financement prospectif par allocation budgétaire parce qu'il permet de prévoir, avec une bonne certitude, quel sera le montant des rémunérations à verser durant une période de temps. Il permet facilement de rationner les ressources en fonction des sommes disponibles.

Le paiement des services a été et reste encore le mode dominant de paiement de l'activité médicale. Quand les services sont décomposés en actes bien identifiés, on a une forme classique de paiement à l'acte. Si les actes sont regroupés, pour former l'ensemble des traitements requis pour un problème de santé bien défini, on est face à une rémunération au cas. C'est ce que sont les DRG américains. L'agrégation des services implicites, dans le paiement au cas, corrige certaines faiblesses du paiement à l'acte mais laisse intact un élément central du paiement du service; c'est le fait qu'il ne s'agit que d'un paiement ex-post. Le paiement est justifié par les actes qui sont faits ou par le problème de santé qui est traité. Dans la mesure où les services ont été fournis, le paiement doit être fait.

Ce mode de paiement est mal adapté à un financement par allocation budgétaire forfaitaire déterminé à priori. Il porte en lui de fortes tendances inflationnistes qu'il est difficile de contrôler à long terme (Barer et al, 1985; Contandriopoulos, 1986; U.S. Congress, 1984; U.S. Congress, 1986; Comité sur la rémunération..., 1980). Ce jugement s'explique par l'analyse des trois caractéristiques de base du paiement à l'acte (Comité sur la rémunération..., 1980).

Premièrement il ne permet pas de rémunérer la totalité de l'activité professionnelle. Cette dernière, que l'on peut définir comme un ensemble complexe d'interactions entre le professionnel, ses patients et l'environnement dans lequel il exerce, ne peut être définie entièrement à partir d'actes aussi nombreux et spécifiques soient-ils. Il existera toujours certaines activités qui ne peuvent être découpées en actes. Pensons, entre autres, à la prévention auprès des populations, à l'enseignement, à l'administration, et d'une façon générale, à toutes les activités qui dépendent plus de la nature de l'interaction entre le professionnel et son patient que de la nature de l'acte proprement dit.

Cette première caractéristique a fait en sorte que dans tous les systèmes de paiement à l'acte, on observe une double tendance. La première est de multiplier le nombre d'actes de façon à ce que leur juxtaposition permette de s'approcher de mieux en mieux de la réalité mouvante de l'activité professionnelle. Cette tendance qui s'observe facilement au Québec, est aussi celle qui soutant les tentatives

d'augmenter le nombre de catégories DRG aux Etats-Unis. La deuxième tendance est de compléter le paiement à l'acte par d'autres formes de rémunération pour certaines activités.

Ces deux tendances ont pour effet de rendre très difficile le contrôle de l'activité professionnelle et donc le contrôle des coûts. Le paiement à l'acte valorise des activités facilement définissables par des actes au détriment d'autres aspects de la pratique professionnelle. En plus, le paiement à l'acte rend difficile l'atteinte des objectifs de continuité et de globalité des services. Par ailleurs, le paiement à l'acte constitue une garantie de respect de l'autonomie professionnelle. C'est ce qui explique en grande partie l'attachement du professionnel à ce mode de paiement.

Deuxièmement, le paiement à l'acte commande une pratique individualiste. Le professionnel est rémunéré pour un service spécifique fourni à un patient particulier. Il est peu probable, dans ces conditions, de voir se développer des pratiques multidisciplinaires qui permettrait d'employer, de façon optimale, toutes les ressources selon leur compétence.

Troisièmement, le paiement à l'acte établit une relation directe entre le volume de l'activité professionnelle et le revenu. Ceci a pour effet d'inciter les professionnels à avoir une forte productivité en termes du nombre d'actes posés. Mais il n'y a pas en soit de garantie pour que les actes posés correspondent aux problèmes

de santé les plus importants. Les populations particulières qui demandent qu'on leur consacre beaucoup de temps risquent de ne pas recevoir tous les services que leur état requiert. La quantité a tendance à prendre le pas sur la qualité et il est difficile d'instaurer des mécanismes efficaces de contrôle. De plus, il est, à toute fin pratique, impossible de bâtir une structure tarifaire qui soit économiquement neutre c'est-à-dire qui n'incite pas les professionnels à choisir certains actes ou certaines pratiques. Finalement, le paiement à l'acte ne permet pas de dissocier le paiement des services professionnels proprement dit de la composante technique des actes (il influence ainsi le choix du lieu de dispensation des services).

Le paiement de la responsabilité de fournir des soins à une population s'exprime généralement par la capitation. Ce mode de rémunération est celui qui, à priori, est le plus cohérent avec le rôle et les responsabilités des professionnels. Ce mode de rémunération, qui partage avec le salariat les avantages d'une rémunération forfaitaire pour une activité professionnelle, est particulièrement bien adapté à un financement par allocation budgétaire à priori.

Le lien qui s'établit entre un patient et un professionnel s'apparente à un contrat qui oblige le professionnel à fournir à ses patients tous les soins et les services requis. Mais cette obligation respecte l'autonomie des professionnels en les laissant libres de

choisir, avec leurs patients, les formes d'interventions qu'ils jugent les plus appropriées.

Ce mode de rémunération a cependant deux limites. La première est liée au caractère complexe de nombreux problèmes de santé et de problèmes sociaux qui implique que leur prise en charge ne peut être assurée par un seul professionnel. La deuxième est l'incapacité de ce mode de rémunération de payer les activités professionelles non cliniques comme la recherche, l'enseignement, l'administration. La capitation, dans ces conditions, ne peut servir à rémunérer l'ensemble des activités des professionnels.

En fait, ses principales potentialités résident dans la possibilité de rendre responsable de la santé d'une population, non pas un médecin individuel, mais un ensemble de ressources qui collectivement sont financées par un mécanisme de capitation. Le paiement de chaque ressource individuelle, à même le budget provenant d'un financement par capitation, peut, par la suite, se faire de différentes façons (c'est le modèle adopté par les HMO aux Etats-Unis et les HSO en Ontario).

A partir des trois dimensions, que nous venons de décrire, il est possible de définir les quinze modalités de paiement des ressources qui apparaissent sur la figure 6. Les combinaisons qui n'apparaissent pas sur cette figure sont impossibles. Ainsi, par exemple, dans la mesure où c'est le patient qui paie directement le

professionnel, il ne peut y avoir d'autre objet de rémunération que l'acte.

Chacune de ces quinze modalités de paiement caractérise le système socio-sanitaire d'un pays en particulier (voir le chapitre 1). Chacune de ces modalités de paiement devrait donc avoir des effets sur le volume et l'éventail des services de santé et des services sociaux utilisés, sur le coût du système ainsi que sur son efficacité à améliorer la santé et le bien-être de la population. Que sait-on de ces effets? Peut-on, dans l'état actuel des connaissances, faire des recommandations sur la modalité de paiement des professionnels qui serait la mieux adapté, dans une société donnée, à l'atteinte des objectifs du système socio-sanitaire?

Pour répondre à ces questions, nous commençons par présenter brièvement les modalités de paiement utilisés au Québec, à partir de la typologie proposée, et par la suite nous tenterons d'établir à partir des expériences étrangères quelles sont les modalités de paiement les plus cohérentes avec les finalités de notre système socio-sanitaire.

3.2 Le paiement des ressources humaines au Québec

a) Les différentes modalités de paiement existantes au Québec

Les ressources humaines du système socio-sanitaire québécois peuvent être divisées de différentes façons (Dussault et al, 1987). Pour étudier leurs modalités de paiement, il est intéressant de

commencer par séparer les ressources du système des services de santé et des services sociaux des autres.

Les ressources humaines qui ne sont pas intégrées pas au système public, sont payées essentiellement selon la modalité 1. Leur rémunération est assumée par les individus qui utilisent leurs services. Ces derniers peuvent être remboursés partiellement ou totalement par des assurances privées. Parmi les professionnels qui sont payés de cette façon, pensons aux dentistes pour les services aux personnes de plus de 15 ans, aux chiropraticiens, aux professionnels du secteur des médecines parallèles, etc. Ce secteur est régulé par des mécanismes de marché plus ou moins parfaits. Seuls ceux qui peuvent payer ont accès aux services de ces professionnels.

Les ressources humaines du secteur public sont toutes rémunérées par l'une ou l'autre des modalités de paiement dans lesquels le niveau de rémunération est négocié. C'est cela qui caractérise le paiement des ressources humaines au Québec plutôt que le mode de la rémunération. Toutes les personnes qui travaillent dans les établissements du système socio-sanitaire public à l'exception des professionnels payés directement par la RAMQ, sont rémunérés à salaire par l'organisation dans laquelle ils travaillent (modalité 7).

Par contre, les professionnels dont les services sont remboursés par la Régie sont payés soit à l'acte, soit en fonction du temps (modalités 4 ou 5). C'est cette organisation du paiement des professionnels qui a, en grande partie, permis de contrôler de façon

remarquable la croissance des rémunérations des professionnels et en particulier celle des médecins (voir la section 1.3 de ce chapitre et le chapitre 3 du rapport). Il est intéressant, dans ce contexte, de rappeler quelles ont été les modalités de paiement des médecins depuis l'instauration du régime d'assurance-maladie au Québec.

b) Les modalités de paiement des médecins au Québec

Vers le milieu des années 60, les médecins du Québec se sont regroupés en deux associations à caractère syndical, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Lors de la mise en place du régime universel d'assurance-maladie, par l'intermédiaire de la RAMQ, l'Etat devenait responsable du paiement de l'ensemble des services médicaux. En effet, le régime d'assurance-maladie mis en place correspondait exactement à la modalité 5 de paiement. Les médecins étaient payés à l'acte par un tiers payant, la Régie de l'assurance-maladie, selon une grille tarifaire négociée entre le Ministère de la santé et des services sociaux et chacune des deux fédérations de médecins.

Dans un tel système, les médecins conservaient leurs principales libertés professionnelles à l'exception de la possibilité de fixer individuellement le prix de leurs services dans la mesure où ils participaient au régime d'assurance-maladie. Les dépassements d'honoraires ayant, en effet, toujours été interdits au Québec.

Les médecins conservent théoriquement le droit de ne pas adhérer au régime d'assurance-maladie. Les médecins non participants excercent en-dehors du régime, leurs patients assument eux-mêmes le paiement des honoraires sans pouvoir être remboursés ni par la RAMQ, ni par des assurances privées. Il s'agit là de la forme la plus pure de la modalité 1 de paiement. Depuis l'instauration du régime en 1971, moins de 1% des médecins ont choisi le statut de non participant.

Les médecins participants ont aussi le droit d'être engagés ou désengagés. Le désengagement n'a été utilisé, par les médecins, que de façon temporaire comme un moyen de pression lors des négociations avec le gouvernement. Il s'agit, en effet, de la modalité 3 de paiement qui oblige le patient à payer d'abord le médecin pour des services médicaux reçus, selon le tarif négocié, puis à se faire rembourser ensuite par la RAMQ. On conçoit facilement que personne n'y voit de réels avantages. Le statut n'est choisi de façon permanente par aucun médecin.

Depuis 1971, plusieurs rondes de négociations ont eu lieu entre les médecins et le gouvernement. La première entente a duré de 1971 à 1976. La deuxième entente est entrée en vigueur en 1976 après une longue négociation. Les principes contenus dans cette deuxième entente continuent à être en vigueur. Ils consistent 1) à permettre un certain dégel des tarifs; 2) à mettre en application des objectifs tarifaires qui visent à contrôler le volume total des services médicaux dispensés; 3) à moduler les tarifs des actes pour tenter

d'influencer le comportement des médecins (les tarifs valorisent entres autres les services à domicile, la pratique ambulatoire et à partir de 1982, la pratique en régions éloignées) et favoriser une plus grande uniformité des revenus entre les différentes spécialités; et 4) à compléter le paiement à l'acte par un paiement à vacation et à salaire, selon la modalité 4 de notre typologie. Cette mesure a comme objectif d'inciter les médecins à offrir des services qui sont peu rémunérateurs dans le cadre d'un paiement à l'acte. Il s'agit entres autres de l'anesthésie en région éloignée, de certains services de psychiatrie, certains services d'urgence assurés par des omnipraticiens, des soins dans les centres d'accueil, de la santé communautaire, de la pratique en CLSC, etc. Durant les dernières années (1982-1985) la proportion des services médicaux payés en fonction du temps, selon la modalité 4, a augmenté deux fois plus vite que les services payés à l'acte (RAMQ, 1986).

Cette diversification des modes de rémunération et la possibilité pour un même médecin d'y avoir accès, presque simultanément, accroît considérablement la difficulté de contrôler le système et crée des dynamismes dont il est souvent difficile de prévoir les effets.

De ces quatres principes, de la deuxième entente, le plus original est celui des objectifs tarifaires visant à contrôler le volume total de services médicaux dispensés. Ces objectifs tarifaires consistent à déterminer, chaque année, un revenu moyen brut puis à ajuster les hausses de tarif de façon à ce que cet objectif ne soit

pas dépassé. A cette mesure générale, qui s'applique à tous les médecins, s'ajoute pour les omnipraticiens seulement une mesure de plafonnement individuel des revenus. Cette mesure consiste à établir un plafond trimestriel et individuel puis, à payer seulement 25% des tarifs pour les actes qui sont réclamés à partir du moment où le plafond est atteint.

Cette mesure a certainement permis de contrôler de façon efficace le coût total des services médicaux. Elle a aussi incité les médecins à réduire leur temps de travail, à choisir de pratiquer à salaire et à négocier les tarifs des actes en fonction des objectifs tarifaires et non en fonction de la difficulté de l'acte ou du temps qu'il nécessite. Cette non neutralité des tarifs contribue, à son tour, à distordre les comportements des professionnels.

Ces constatations ainsi que les caractéristiques propres du paiement à l'acte ont amené en 1980 "le Comité sur la rémunération des professionnels de la santé au Québec" (Comité sur la rémunération... (1980)) à affirmer que la modalité 5 de rémunération a des caractéristiques qui la rende incompatible avec les finalités du système socio-sanitaire. Le Comité recommandait donc d'abandonner le paiement à l'acte et de le remplacer par le système des honoraires modulés. Ce système était constitué à la fois par un nouveau mode de rémunération (les honoraires dépendaient du temps consacré à différentes activités et des caractéristiques propres des professionnels) et par une nouvelle organisation des services médicaux reposant sur une

décentralisation des responsabilités et sur une implication accrue des professionnels dans la gestion du système.

Cette recommandation ne fut retenue ni par le ministère, ni par les professionnels, bien que les constats qui la sous-tendent n'ont pas été vraiment questionnés.

Nous sommes encore à la recherche d'une alternative au mode actuel de paiement des médecins. C'est dans l'espoir de trouver des éléments de solution à ce problème qu'une analyse des modalités de paiement qui existent à l'étranger a été entreprise.

3.3 Le paiement des ressources et les finalités du système socio-sanitaire: les expériences étrangères

Dans un premier point, nous avons tenté, à partir d'une revue des connaissances, de savoir où et quand les modalités de paiement, identifiées sur la figure 6, ont existées. Puis, dans un deuxième point nous apprécions les conséquences de ces modalités de rémunération sur les finalités du système de soins (Contandriopoulos AP, Champagne F, Baris E [1987]).

a) Les modalités de paiement des médecins existantes dans les pays industrialisés

La figure 7 résume la prévalence des différentes modalités de paiement dans les pays industrialisés.

Figure 6

Une typologie des modalités de paiement des ressources humaines

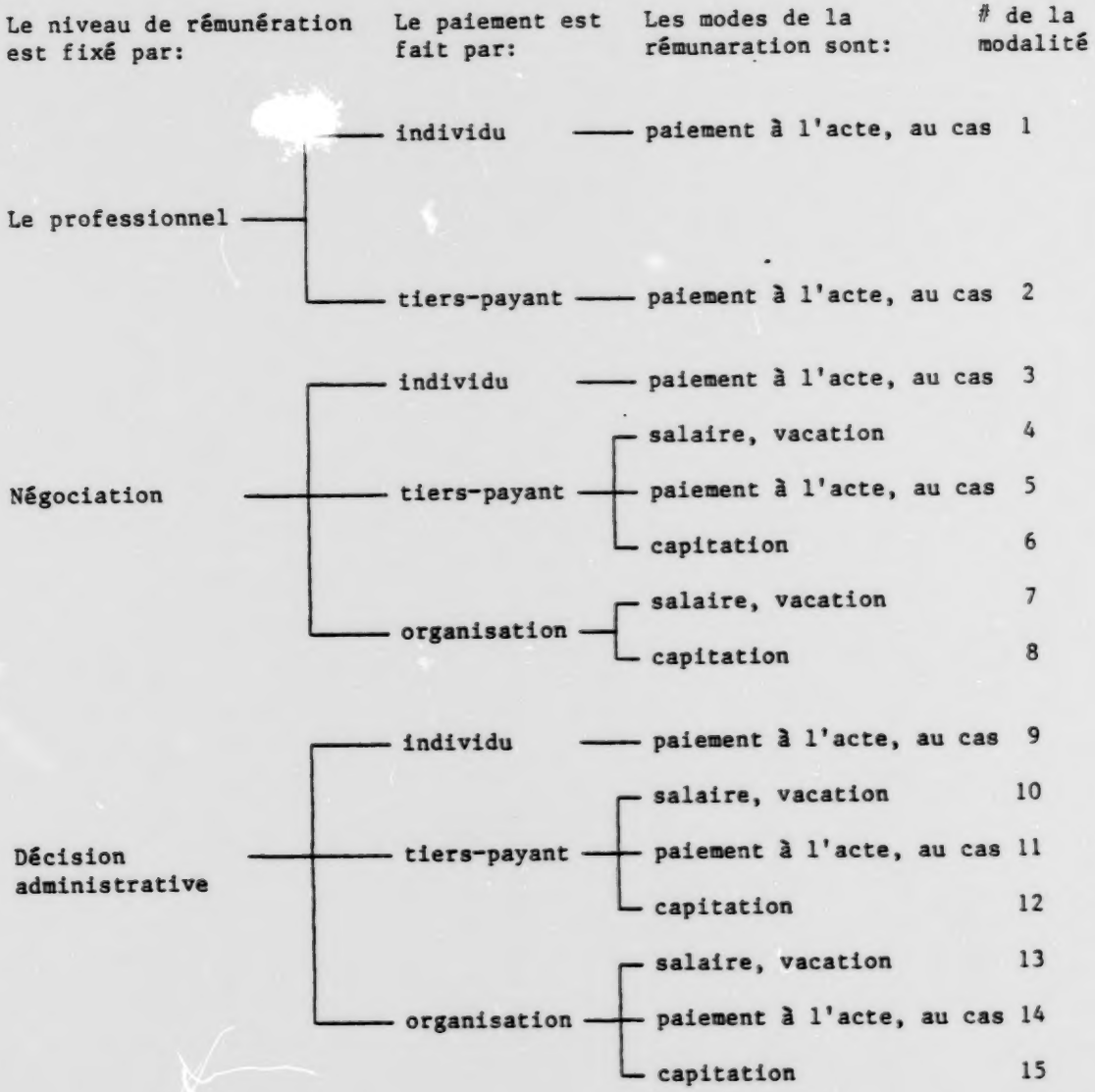


Figure 7

Les modalités de paiement des médecins dans divers pays industrialisés

Le niveau de rémunération est fixé par:	Le paiement est fait par:	Les modes de la rémunaration sont:	# de la modalité	Pays et groupes de médecin payés selon les différentes modalités
Le professionnel	individu	paiement à l'acte, au cas	1	Etats-Unis (SP, GP)
	tiers-payant	paiement à l'acte, au cas	2	Etats-Unis (SP, GP)
Négociation	individu	paiement à l'acte, au cas	3	France (GP, SP), couvre 95% soins ambulatoires et 25% soins hospitaliers Suède (GP, SP), soins ambulatoires Norvège, Australie, Nouvelle-Zélande (au cas), Suisse (GP,SP)
	tiers-payant	salaire, vacation	4	Québec (C.L.S.C. et certain C.A.H.)
		paiement à l'acte, au cas	5	Canada, Québec, Allemagne, Suisse, Danemark (régions rurales) Nouvelle-Zélande, Hollande (SP)
		capitation	6	Danemark (urbain), Hollande (GP)
	organisation	salaire, vacation	7	Etats-Unis (8% des soins: hôpital, HMO, PPGP)
		capitation	8	Etats-Unis (soins ambulatoires, HMO, PPGP)
Décision administrative	individu	paiement à l'acte, au cas	9	?
	tiers-payant	salaire, vacation	10	Allemagne (hôpital), France (hôpitaux publics, médecine scolaire, médecine du travail, santé maternelle et infantile) Québec de 1972 à 1976 (GP et SP)
		paiement à l'acte, au cas	11	
		capitation	12	?
	organisation	salaire, vacation	13	Grande-Bretagne (SP), Suède (SP), Union soviétique (SP,GP), Italie (SP), Etats-Unis (certains hôpitaux) Etats-Unis (certains HMO, PPGP)
		paiement à l'acte, au cas	14	
		capitation	15	Italie (GP), Grande-Bretagne (GP), Espagne (GP,SP)

Source: Contandriopoulos, Champagne, Baris (1987)

Nous constatons que les modalités 3 et 5, c'est-à-dire le paiement à l'acte dans un système où les tarifs sont négociés, regroupent le plus grand nombre de pays. Les Etats-Unis sont les seuls représentants des modalités 1 et 2.

Nous constatons aussi que lorsque la rémunération est fixée de façon administrative, il n'y a généralement pas de paiement à l'acte (modalités 9, 11,14). Le Québec, entre 1971 et 1976, fait figure d'exception (modalité 11) comme certains HMO aux Etats-Unis (modalité 14). Les modalités de paiement, dans ce cas, sont souvent la capitation (modalités 15) pour les services ambulatoires (Italie, Royaume-Uni, Espagne) et le salariat pour les services hospitaliers (modalités 10 et 13). Notons que nous n'avons trouvé aucun exemple des modalités 9 et 12.

b) Appréciation des différentes modalités de paiement sur l'atteinte des finalités

La définition opérationnelle d'indicateurs de résultats, pour le système socio-sanitaire, pose de très nombreuses difficultés. Elle est cependant indispensable pour porter un jugement sur l'efficacité relative des différentes modalités de paiement des ressources qui existent dans différents pays. Nous avons retenu 8 critères d'évaluation pour apprécier l'efficacité des modalités de paiement des ressources. Ces critères sont dérivés des objectifs du système socio-sanitaire (Rapport intérimaire Rochon 82). Il s'agit de:

- le caractère approprié de l'utilisation;
- la capacité de contrôler les coûts du système socio-sanitaire;
- l'administrabilité du système;
- la productivité des ressources;
- l'accessibilité aux services aussi bien régionale, que sociale ou organisationnelle;
- la qualité des services, c'est-à-dire la globalité et la continuité des services ainsi que leur qualité technique;
- la satisfaction des professionnels et de la population.

Nous allons commencer par définir chacun de ces critères d'évaluation puis à partir de la littérature, par apprécier l'influence de chacune de ces modalités de paiement. Les conclusions sont résumées sur la figure 8.

Utilisation des services

L'ensemble des services prescrits par le professionnel de santé (surtout le médecin) en réponse à une demande de soins.

Critère d'appréciation:

La dispensation efficace des services disponibles selon les normes de la bonne pratique et les besoins du malade.

Influence des modalités de paiement sur l'utilisation:

Les modalités 2, 5 et 11 favorisent une utilisation excessive des services. Ces modalités se caractérisent par une absence de contrôle

sur les prix et le volume des services dispensés. Les médecins ont une grande latitude pour choisir les actes les plus rémunérateurs et l'existence d'un tiers payant rend les consommateurs relativement indifférent aux prix des services. Cette sur-utilisation est aussi présente mais, à un degré moindre, dans le cas des modalités 1 et 3. Le paiement direct des services par le patient et l'existence de frais modérateurs peuvent freiner l'utilisation en limitant l'accès au service et en incitant le médecin à considérer la capacité de payer de ses patients dans ses décisions. Les modalités 7, 8, 4 et 10 favorisent une utilisation optimale des services. En effet, le médecin payé à salaire ou à vacation n'a aucune incitation particulière à augmenter ou à diminuer l'utilisation. Les modalités 6 et 15 sont associées à un risque de sous-utilisation. En effet, les médecins payés de façon forfaitaire pour la totalité des services qu'ils devraient rendre sur une période de temps déterminée à une population ont naturellement tendance à réduire les services qu'ils rendent directement et à référer leurs patients à l'hôpital. Ces modalités entraînent une sous-utilisation des services de première ligne et une certaine mauvaise utilisation des services hospitaliers. En conclusion, on peut dire que le paiement à l'acte favorise la sur-utilisation, la capitation induit une certaine mauvaise utilisation des services tandis que le salariat et la vacation permettent une utilisation dictée principalement par les besoins de la population et les ressources disponibles.

Contrôle des coûts

Capacité du système socio-sanitaire à maintenir stable la part des dépenses de santé et des services sociaux dans l'activité économique.

Critères d'appréciation

Une utilisation efficiente des ressources disponibles selon les normes de la bonne pratique et les besoins des patients.

Influence des modalités de paiement sur le contrôle des coûts

Les modalités les plus inflationnistes sont les modalités 1, 2 et 3 dans lesquelles les médecins sont payés à l'acte et remboursés directement par l'individu, soit par le biais d'une assurance privée ou encore par un tiers-payant. Dans un tel système, les médecins fixent eux-mêmes le niveau de leur rémunération. Il n'existe pas dans le système de mécanismes permettant de limiter la propension des médecins à utiliser des ressources du système socio-sanitaire.

Dans le cas des modalités 5 et 11, la possibilité pour les médecins de générer des actes est limitée par le financement public des services médicaux par un tiers-payant. Il existe dans ces modalités une certaine possibilité de contraindre les sommes affectées au paiement des professionnels de la santé.

Les modalités 4, 13 et 10 permettent un bon contrôle des coûts. Il est en effet facile de prévoir à priori quelles seront les ressources utilisées et de limiter par les mécanismes de financement la quantité de ces ressources. Les modalités 8 et 15 sont celles qui permettent le meilleur contrôle des coûts.

Administrabilité

Définition

L'administrabilité est le niveau de complexité de la gestion du système socio-sanitaire ainsi que sa capacité à évaluer ses performances, à planifier son développement et à contrôler ses coûts.

Influence des modalités de paiement sur l'administrabilité

Il est à toute fin pratique, impossible de parler d'administrabilité dans le cas des modalités 1 et 2. Le système socio-sanitaire est dans ce cas entièrement décentralisé et repose sur les relations médecins/patients. Dans les autres modalités de paiement où les professionnels sont rémunérés à l'acte, l'existence d'un tiers-payant favorise la qualité et la transparence de l'information disponible. Ces systèmes peuvent toutefois être complexes et coûteux à administrer. Dans tous les cas où il y a paiement à l'acte, la capacité pour le système de prévoir et de contrôler ces coûts est limitée. Dans les cas de paiements à salaire ou à capitation, par un tiers-payant ou par l'organisation qui emploie le professionnel, ceux-ci permettent une

administration relativement simple et peu coûteuse. Le contrôle des coûts dans de telles modalités est possible mais il est alors difficile d'avoir de l'information de qualité et ainsi de pouvoir évaluer les résultats du système.

Productivité

La productivité est la relation entre les ressources disponibles et le volume des services fournis.

Critère d'appréciation

Utilisation optimale des ressources

Influence des modalités de paiement sur la productivité

La productivité est directement associée au mode de rémunération. D'une façon générale, elle peut être insuffisante dans le cas de la capitation (modalités 6 et 15) et médiocre dans le cas où le professionnel est payé à salaire et travaille en tant que fonctionnaire (modalités 13 et 10). Dans tous ces cas, la productivité du médecin peut être considérablement améliorée si les modalités organisationnelles du paiement incorporent des mécanismes de sanction/récompense favorisant la productivité. C'est ce qui peut exister dans le cadre des modalités 7, 8 et 4. Le paiement à l'acte a toujours été associé à une forte productivité. C'est en particulier le cas des modalités

de paiement 1, 2, 5, 3 et 11. Par contre, le risque que cette productivité ne soit pas toujours associée à des gains de santé est grand, comme nous l'avons vu dans l'analyse de la qualité des soins.

Accessibilité

L'accessibilité au système socio-sanitaire est mesurée par les quatre indicateurs suivants.

Accessibilité régionale

Appréciation des barrières associées à une distribution géographique de la main-d'oeuvre médicale non-conforme aux besoins de la population des différentes régions.

Accessibilité sociale

Appréciation des barrières psychologiques, sociales, économiques et culturelles à l'utilisation des services du système socio-sanitaire.

Accessibilité organisationnelle

Appréciation des barrières associées au manque de disponibilité des ressources existantes.

Influence des modalités de paiement sur l'accessibilité régionale

D'une façon générale, plus il y a de relations entre la capacité de payer des patients et le revenu des professionnels de la santé, plus les risques qu'on ait une mauvaise accessibilité régionale sont grands. C'est entre autres le cas des modalités 1 et 3. L'existence d'un financement tiers-payant devrait en partie réduire cette mauvaise accessibilité régionale. C'est le cas des modalités 2, 5 et 11. C'est toutefois lorsque le médecin est payé directement par l'organisation qui l'emploie, ou encore quand l'organisation est financée par capitation que l'accessibilité régionale au service devrait être la meilleure. C'est le cas des modalités 4, 6, 13 et 10.

Influence des modalités de paiement sur l'accessibilité sociale

L'accessibilité sociale est faible lorsque les barrières économiques sont importantes. C'est-à-dire dans le cas où les services médicaux sont totalement ou partiellement à la charge de l'utilisateur. Ceci est plus marqué pour la modalité 1 que pour la modalité 2. Dans le cas des autres modalités de paiement, l'accessibilité sociale sera d'autant plus grande que les frais modérateurs seront faibles. Cette participation de la population au paiement est particulièrement peu importante dans le cas des modalités 7, 4, 5, 6, 15 et 11.

Influence des modalités de paiement sur l'accessibilité organisationnelle

On constate que dans les pays développés quelles que soient les modalités de paiement, l'accessibilité organisationnelle est bonne. Le contrôle de cette accessibilité organisationnelle est toutefois plus grand dans les systèmes socio-sanitaires dans lesquelles les professionnels sont payés selon les modalités 4, 13 et 10. Dans les autres cas, l'accessibilité organisationnelle dépend des comportements individuels des professionnels qui disposent d'une lattitude plus grande pour organiser leur pratique comme ils l'entendent.

Qualité

La qualité des services est un concept difficile à mesurer. Nous avons décidé de l'apprécier à l'aide d'indicateurs qui portent sur la nature des services offerts à travers 3 dimensions: la globalité des services, la continuité des services et la qualité technique des services. La globalité des services fait référence à l'intégration des différents types de services préventifs de traitement de réadaptation à l'endroit le plus approprié, soit au cabinet, au domicile ou dans un établissement, ainsi qu'à l'intégration des différents intervenants dans le système de soins. La continuité des services fait référence à la cohérence qui existe dans le temps et dans l'espace entre les services offerts par les

différents intervenants. Finalement, la qualité technique des services est le degré de concordance qui existe entre les services fournis et les normes de la bonne pratique

Influence des modalités de paiement sur la globalité et la continuité des services

La globalité et la continuité des services sont particulièrement influencées par le mode de rémunération. Dans les systèmes socio-sanitaires dans lesquels les professionnels sont payés à l'acte d'une façon générale, la globalité et la continuité des soins est faible. C'est le cas des modalités 1, 2, 5, 3 et 11. Ceci est directement explicable par les caractéristiques propres du paiement à l'acte qui, comme nous l'avons vu, incite les professionnels à avoir une pratique individualiste et orientée par la nomenclature des actes existants ainsi que par les tarifs de paiement de ces actes. Les modalités de paiement qui favorisent le plus la globalité et la continuité des services sont celles dans lesquelles les professionnels sont payés d'une façon globale pour leurs activités professionnelles, ce qui est le cas généralement avec le paiement à salaire et de plus, qui favorise une intégration des différents types de services à l'intérieur d'une ou de plusieurs organisations. On peut constater que les modalités 4, 13 et 10 sont celles qui assurent la meilleure globalité et continuité des services.

Influence des modalités de paiement sur la qualité technique

La qualité technique des services dépend directement du mode de rémunération. Elle est, en général, bonne dans les systèmes de

paiement à l'acte et en particulier ceux qui sont intégrés dans une organisation qui favorise les contrôles de la qualité d'une façon systématique par les pairs. C'est le cas des modalités 5, 3 et 11. Les modalités de paiement qui sont associées à une qualité technique des actes questionnable, sont ceux dans lesquelles les médecins sont payés à capitation. C'est en particulier le cas des modalités 6 et 15.

Satisfaction de la profession

La satisfaction de la profession est le degré de conformité entre les attentes des médecins et les situations vécues dans le système socio-sanitaire.

Influence des modalités de paiement sur la satisfaction de la profession

La satisfaction des professionnels est particulièrement élevée quant ils ont la possibilité de pratiquer selon leurs préférences comme des entrepreneurs indépendants et de déterminer eux-mêmes la quantité et le prix de leur service. Cette situation correspond aux modalités 1 et 2. La satisfaction des professionnels est moindre quand les tarifs sont déterminés par négociation et qu'ils ne sont pas libres de choisir leur mode de rémunération et leur niveau de revenu. Elle est encore diminuée quand les tarifs sont imposés par une décision administrative (modalités 15 et 11) et quand la pratique médicale est fonctionnarisée (modalités 13 et 10).

Satisfaction de la population

La satisfaction de la population est le degré de concordance entre ses attentes et le vécu de ses relations avec le système socio-sanitaire.

Influence des modalités de paiement sur la satisfaction de la population

Si d'une façon générale la satisfaction de la population en regard du système socio-sanitaire est bonne dans les pays industrialisés, on peut remarquer qu'elle dépend de deux critères souvent difficilement conciliables. Le premier est la qualité de la relation individuelle médecin/patient. Cette dernière est favorisée en général par des modalités de paiement à l'acte dans lesquels le médecin conserve son autonomie traditionnelle. C'est le cas des modalités 1, 2, 5, 3 et 11. Dans le cas des 3 dernières modalités, cette liberté est limitée par des cadres organisationnelles qui peuvent contraindre le médecins à réduire le temps qu'il consacre à ces patients. En même temps, la population est très sensible aux critères d'accessibilité aux services et en particulier à l'élimination des barrières économiques. C'est la raison pour laquelle les modalités 1 et 2 sont, en général,considérées comme moins satisfaisantes. D'une façon générale, nous trouvons qu'il est difficile d'associer les modalités de paiement avec la satisfaction de la population d'une manière univoque.

Conclusion sur l'influence des modalités de paiement, par rapport aux objectifs du système socio-sanitaire

Sur la figure 8 nous avons résumé les résultats de l'analyse de l'influence des différentes modalités de paiement sur les indicateurs d'objectifs que nous avons retenus. Ce tableau permet en tout premier lieu de constater qu'il n'existe pas une modalité de paiement idéale: toutes ont des avantages et des inconvénients. Il est difficile de satisfaire à la fois les médecins, la population et les preneurs de décisions. Notre analyse nous permet toutefois de regrouper les modalités de paiement en quatre groupes.

Le premier groupe est constitué par les modalités 7, 8 et 4 et 10. Leurs traits communs sont l'existence d'un mécanisme de négociation pour la fixation du niveau de rémunération et l'absence de paiement à l'acte. De ces quatre modalités, c'est la modalité 4 qui semble la plus prometteuse. Elle apparaît comme un compromis intéressant entre d'une part, la possibilité de contrôler les coûts d'utilisation, d'assurer une administrabilité acceptable et de satisfaire la population tout en assurant une bonne accessibilité et une bonne qualité des services. Elle permet aussi, dans une certaine mesure, de satisfaire les professionnels en leur garantissant le respect de leurs libertés professionnelles. Les modalités 7 et 8 correspondent à peu près à celles que l'on retrouve dans les HMO aux Etats-Unis. Elles représentent toutes deux, elles aussi, un compromis entre les nécessités d'une organisation offrant des services accessibles de qualité et

Figure 8

Les modalités de paiement des ressources et les objectifs du système socio-sanitaire*

Modalité de paiement				OBJECTIFS											
								Accessibilité			Qualité			Satisfaction	
Fixation du niveau	Paiement	Mode	(Côte)	Utilisation optimale	Contrôle des coûts	Adminis.	Productivité	région.	sociale	organis.	global.	contin.	techn.	profession	populat.
Médecin	Individu	Acte,cas	1 (-8)	- (sur)	—	—	++	—	—	+	—	—	+	++	-
Médecin	Tiers-payant	Acte,cas	2 (-4)	—(sur)	—	—	++	-	-	+	-	-	+	++	0
Négociation	Organisation	Salaire Vacation	7 (+13)	+	+	+	+	+	++	+	+	+	+	+	+
Négociation	Organisation	Capitat.	8 (+13)	+	++	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Négociation	Tiers-payant	Salaire Vacation	4 (+17)	++	0	+	+	++	++	++	++	++	+	+	+
Négociation	Tiers-payant	Acte,cas	5 (+2)	—(sur)	-	-	++	-	++	+	-	-	++	+	+
Négociation	Tiers-payant	Capitat.	6 (+7)	-(sous)	+	0	—	++	++	+	0	++	0	+	+
Négociation	Individu	Acte,cas	3 (-2)	- (sur)	-	-	++	—	+	+	—	-	++	+	0
Administra.	Organisation	Salaire Vacation	13 (+9)	-(sous)	0	+	-	++	+	++	++	++	+	-	-
Administra.	Organisation	Capitat.	15 (+7)	—(sous)	++	+	—	+	++	+	+	++	0	0	+
Administra.	Tiers-payant	Salaire Vacation	10 (+12)	++	0	+	-	++	+	++	++	++	+	-	+
Administra.	Tiers-payant	Acte,cas	11 (+1)	—(sur)	-	-	++	-	++	+	-	-	++	0	+

* L'évaluation du degré d'atteinte de chaque objectif est fait à partir d'une échelle à 5 niveaux allant de ++ très bonne atteinte à — très mauvaise atteinte.

Source: Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Baris, E. (1987).

le respect des libertés des professionnels dans un système administrable relativement facilement.

Le deuxième groupe est constitué par les modalités 6, 13, 15. Ces modalités se caractérisent toutes par l'absence de paiement à l'acte. Le problème majeur de ces modalités de paiement est associé à un niveau moyen de productivité et à des risques en ce qui a trait à la qualité technique des services et à la satisfaction des professionnels.

Le troisième groupe est constitué par les modalités 5, 3 et 11. Ces trois modalités se caractérisent par un paiement à l'acte dans le cadre d'un système d'assurance-maladie. Les lacunes les plus importantes de ces modalités de paiement sont associées à l'utilisation excessive des services, à une capacité limitée de contrôler les coûts du système et à des problèmes importants en ce qui a trait à la qualité des services et l'administrabilité du système. Ce sont par ailleurs des modalités de paiement qui assurent une bonne productivité et qui respectent les libertés professionnelles habituelles des médecins.

Le quatrième groupe est constitué par les modalités 1 et 2. Ce sont celles que l'on retrouve de façon dominante aux Etats-Unis. Elles garantissent un haut niveau de productivité et une bonne satisfaction des médecins. Par contre, ces deux modalités de paiement ne permettent pas l'atteinte des autres objectifs du système sociosanitaire. Ces modalités ne permettent pas, entre autres, d'atteindre

une équité d'accessibilité aux services suffisante, ce qui ce reflète par une satisfaction médiocre de la population.

A la lumière de cette analyse, nous pouvons conclure que le choix d'une modalité de paiement ne peut être que le résultat d'arbitrages difficiles entre des objectifs souvent contradictoires. Il semble toutefois assez clair que les modalités 4, 7 et 8 sont celles qui sont les plus cohérentes avec les objectifs des systèmes publics d'assurance-maladie. De plus, ces modalités qui reposent sur la négociation sont parfaitement cohérentes avec les valeurs d'une société dans lequel les priorités collectives découlent d'un processus démocratique.

Notre analyse nous montre aussi que le paiement à l'acte est difficile à justifier dans un système public d'assurance-maladie dans lequel le contrôle à priori des coûts est important.

4. Les coûts du système socio-sanitaire

Les coûts du système socio-sanitaire reflètent à la fois la quantité et le prix des ressources employées et le volume, l'éventail et le prix des services utilisés par la population (Evans, 1984; Reinhard, 1987). Ils dépendent de l'importance que la société accorde à la santé et au bien-être par rapport à d'autres priorités, de la façon dont est organisé et fonctionne le système socio-sanitaire et de l'importance des problèmes de santé et des problèmes sociaux. L'organisation du système qui est elle-même le résultat d'un ensemble

d'arbitrages entre les différents agents qui interviennent dans ce domaine, c'est-à-dire les pouvoirs publics, les professionnels, les agents payeurs, les utilisateurs, les organisations productrices de services, la population influence directement le processus d'utilisation des services. Le processus qui est, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, au centre du fonctionnement du système socio-sanitaire et par conséquent à l'origine des coûts, est ainsi lui-même influencé par les modalités de financement du système socio-sanitaire et des modalités de paiement des ressources.

L'analyse des coûts du système socio-sanitaire, de leurs structures, de leurs évolutions et de leurs comparaisons avec ce que l'on retrouve dans d'autres sociétés devrait permettre de porter un jugement sur la performance du système socio-sanitaire québécois. C'est là le principal but du chapitre 3.

De façon plus spécifique, nous nous sommes attachés à:

1) dresser le portrait de la structure et de l'importance économique du système socio-sanitaire du Québec;

2) d'apprécier de façon absolue et relative l'efficacité économique de ce système à maîtriser ces coûts (critère de gestion et de productivité) et à produire des services (critère de productivité).

Avant d'aborder comme tel l'analyse des coûts du système socio-sanitaire, nous présentons dans une première section une

description sur les composantes et les limites des informations disponibles sur les coûts du système socio-sanitaire québécois (section 4.1). La deuxième section consiste à analyser l'évolution de l'importance absolue et relative du système socio-sanitaire ainsi qu'à étudier sa structure (section 4.2). Nous comparons ensuite (section 4.3) cette évolution et cette structure avec celles des systèmes socio-sanitaires ontarien, canadien et américain. L'étape subséquente (section 4.4) consiste à apprécier l'efficacité du système, d'une part à maîtriser les coûts et d'autre part, à produire des services. Finalement, dans la dernière section nous comparons le Canada et indirectement le Québec aux pays de l'O.C.D.E. pour tenter d'apprécier leur performance relative.

4.1 Les informations statistiques disponibles

Le dépouillement de toutes les informations statistiques disponibles provenant de sources diverses et la réconciliation de ces informations de façon à constituer des séries couvrant au mieux, pour les variables pour lesquels les données étaient disponibles, la période 1960-1985 (ces variables sont décrites sur les tableaux A et B du chapitre 3, pp. 3.33 à 3.49) ont constitué la phase préalable de l'analyse des coûts.

Pour ce faire, il a fallu commencer par délimiter, de façon opérationnelle, le système socio-sanitaire en considérant l'ensemble de ses fonctions, soit: la promotion de la santé, la prévention, la correction et la compensation de problèmes de santé ou de bien-être

ainsi que la recherche et l'enseignement. Grâce à cet exercice de définition nous avons pu d'une part, démontrer que le système socio-sanitaire interagit avec l'ensemble de l'économie et reflète les valeurs de la société et d'autre part, réaliser qu'il n'existe aucun système d'information cohérent et systématique sur la structure et l'évolution des coûts du système socio-sanitaire.

L'analyse des informations disponibles indique qu'il existe plus d'informations sur les dépenses de santé que sur les dépenses sociales et que la définition, la portée et la précision des catégories considérées varient beaucoup d'une source de données à l'autre.

En ce qui concerne les coûts du système de santé, les informations les plus exhaustives sont celles du ministère de Santé et Bien-être social Canada. Même si ces séries statistiques fournissent des indications sur l'importance de l'ensemble des dépenses privées sans donner des précisions sur la composition de ces dépenses, elles le font uniquement dans le cadre de ce que l'on peut appeler le système officiel de santé. Ces informations ne couvrent pas le domaine des médecines parallèles ainsi que certaines dépenses de santé publique effectuées dans d'autres ministères.

Les dépenses sociales sont prises en compte de façon plus incomplètes encore. Aucune source d'information ne fait référence à l'importance des dépenses sociales privées. En ce qui concerne les dépenses sociales des administrations publiques, il est difficile

d'en connaître exactement le niveau des dépenses sociales de tous les paliers gouvernementaux.

Malgré ces lacunes, les données disponibles nous permettent d'estimer l'importance absolue et relative et l'évolution du système socio-sanitaire du Québec et de situer le Québec par rapport à d'autres provinces ou d'autres pays.

L'appréciation de l'efficience, de l'efficacité et du rendement du système socio-sanitaire a posé de nombreux problèmes. Ces analyses demandent, en effet, qu'il soit possible d'une part, de décomposer les dépenses en fonction du volume des ressources employées, du prix de ces ressources ainsi que du volume des services fournis et du prix de ces services et d'autre part, de mettre en relation le niveau des ressources (financières, humaines et physiques) employées avec le volume des services dispensés (analyse de l'efficience) et avec les résultats obtenus par le système socio-sanitaire (analyse du rendement). Or, à l'exception de certains services offerts en centres hospitaliers et ceux rémunérés par la RAMQ, les informations sur les ressources et leurs prix, ainsi que sur le volume de services offerts et leurs prix ne sont pas disponibles et comparables d'une année à l'autre. De plus, les informations existantes ne sont pas représentatives du niveau d'activités réel du système. Les résultats que nous présentons dans la section 4.4 devront donc être interprétés avec prudence.

4.2 Les coûts du système socio-sanitaire du Québec: évolution, importance relative et structure

4.2.1 Place du système socio-sanitaire dans l'économie québécoise

Le montant de l'ensemble des déboursés pour la santé, effectués tant par les divers organismes publics et privés que par les particuliers, a atteint au Québec 9,7 milliards en 1985, soit plus de 1500 $ par personne par an. L'examen du tableau 1 nous permet de constater que l'on peut découper l'évolution des dépenses de santé par rapport au P.I.B. de 1960 à 1985 en quatre périodes.

Tableau 1

Evolution de la part des dépenses de santé dans le P.I.B. au Québec

	% annuel moyen de croissance
1960-1971 La mise en place du système actuel	+4,1
1971-1979 Le contrôle des systèmes	-0,15
1979-1982 Récession économique et le relâchement des contrôles	+3,86
1982-1985 Vers une période possible de contrôle	-0,36

- de 1960 à 1971, les dépenses de santé augmentent beaucoup plus rapidement que le P.I.B. (4,1% par an). C'est la période de mise en place de notre système de santé. La croissance économique est rapide et la capacité de dépenser de l'Etat importante.

- de 1971 à 1979, la croissance du système est parfaitement contrôlée, elle évolue au même rythme que le P.I.B.

- de 1979 à 1982, les dépenses de santé recommencent à augmenter presque au même rythme que durant la première période. Ceci est en partie dû à la récession économique et probablement aussi à un relâchement des mécanismes de contrôle.

- de 1982 à 1985 le système est de nouveau contrôlé mais à un niveau supérieur à celui de la période 71-79. La part des dépenses de santé dans l'ensemble des dépenses comptabilisées dans l'économie québécoise atteint le niveau de 9% à partir de 1982, seuil jamais atteint auparavant.

Pour apprécier l'évolution dans le temps de l'importance des dépenses de santé, l'indicateur du rapport entre les dépenses de santé et le PIB est insuffisant. Il ne tient compte ni de l'évolution démographique, ni de l'accroissement des prix, ni de l'accroissement de la productivité de l'économie. C'est la raison pour laquelle nous proposons de mesurer l'évolution de l'effort financier que font les Québécois dans le domaine de la santé par un nouvel indice: les

dépenses per capita réelles en santé corrigées pour tenir compte de l'accroissement de la richesse collective.

Nous constatons sur le tableau 2 que les dépenses totales en santé per capita corrigées par l'évolution de la richesse collective sont restées à toute fin pratique constantes de 1971 à 1985.

Tableau 2

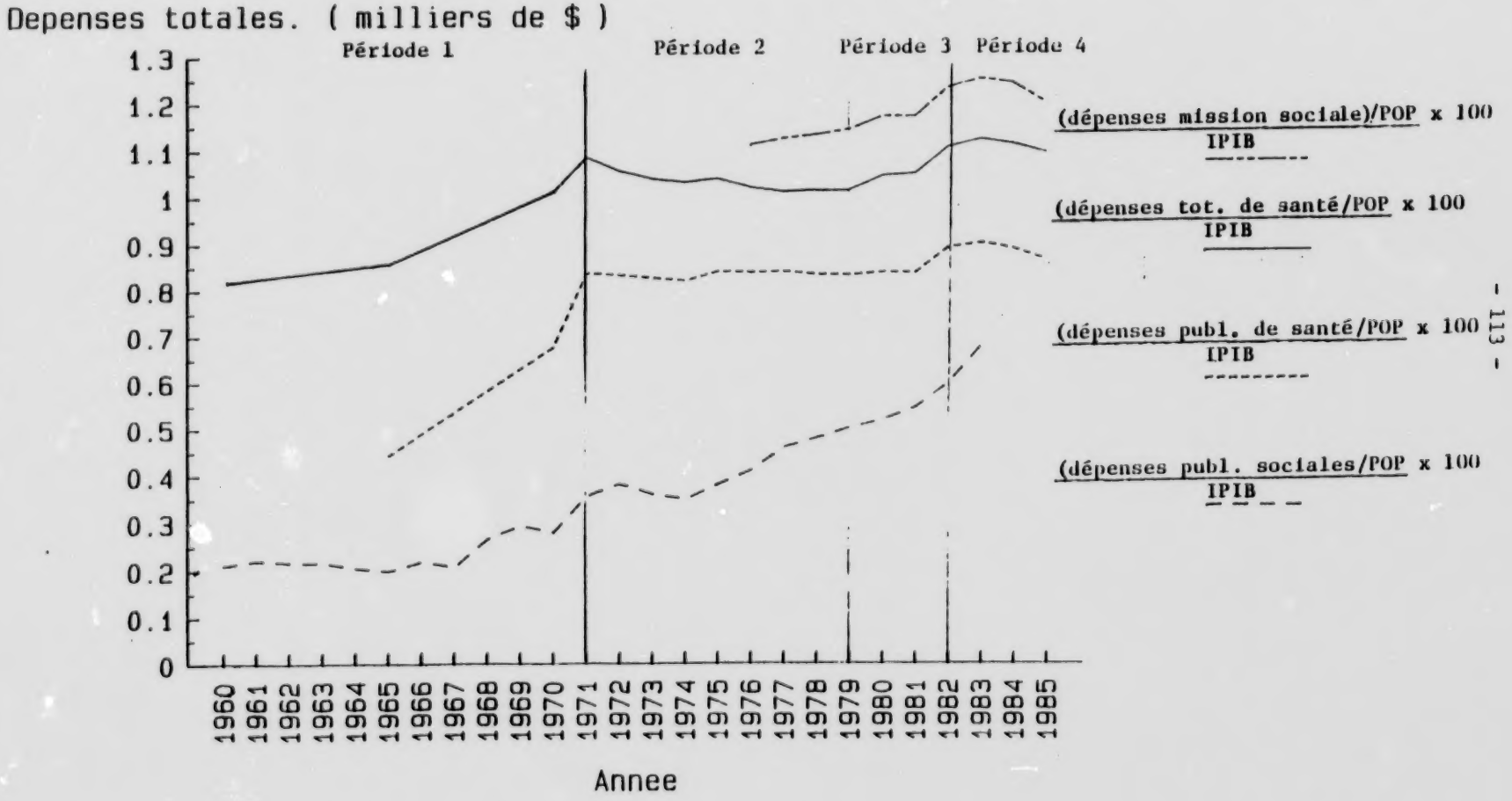
Dépenses pour les services de santé au Québec, 1960-1985

Année	Per capita		Dépenses per capita dégonflées de l'IPC et de l'indice de la richesse collective (1981 = 100)		Part du PIB	
	$	%	N	%	%	%
1960	102,7	-	820,7	-	5,4	-
1965	160,7	11,3	852,6	0,7	6,2	3,0
1970	283,9	15,3	1015,0	3,8	7,8	5,2
1971	327,8	15,5	1088,9	7,2	8,4	7,7
1972	356,0	8,6	1060,0	-2,5	8,2	-2,4
1973	399,8	12,3	1041,6	-1,8	8,1	-1,2
1974	471,0	17,8	1033,0	-0,8	8,1	0
1975	531,5	12,8	1043,8	1,0	8,2	1,2
1976	606,6	14,1	1024,4	-1,9	8,2	0
1977	654,0	7,8	1014,9	-0,9	8,2	0
1978	733,0	12,1	1018,4	0,3	8,2	0
1979	813,4	11,0	1019,4	0,1	8,3	1,2
1980	925,1	13,7	1049,9	3,0	8,6	3,6
1981	1055,2	14,1	1055,5	2,4	8,8	2,3
1982	1194,8	11,5	1115,6	3,7	9,3	6,9
1983	1305,9	9,0	1129,8	1,3	9,4	1,1
1984	1395,1	6,7	1118,0	-1,0	9,4	0
1985	1475,4	5,8	1100,1	-1,6	9,2	-2,1

Cela signifie que chaque Québécois en moyenne, quand on maintien constant son pouvoir d'achat, consacre chaque année un montant à peu près équivalent (1100 $ de 1981) pour les services de santé depuis 1971. C'est aussi ce que l'on observe sur le graphique 8.

Graphique 8

POSITIONNEMENT DU SYSTEME SOCIO-SANITAIRE DANS L'ECONOMIE QUEBECOISE.



Source: Tableau 1 du chapitre 3, p. 3.76

La courbe pleine illustre l'évolution des dépenses totales de santé corrigées de la croissance démographique et de celle de l'activité économique. Nous avons aussi représenté l'évolution des dépenses publiques de santé, des dépenses provinciales de la mission sociale et des dépenses publiques provinciales de services sociaux toutes corrigées de la croissance démographique et de celle de l'activité économique.

L'évolution des dépenses totales de santé corrigées des croissances démographique et économique est sensiblement la même que celles des dépenses publiques de santé (tous les paliers gouvernementaux inclus). Pour ces deux agrégats, les niveaux de dépenses enregistrés en 1985 sont à peine plus élevés que ceux de 1971. Cependant à partir de 1979, la contribution de l'Etat dans le financement des dépenses de santé enregistre un rythme de croissance moins élevé que celui de l'évolution de l'ensemble des dépenses de santé. En se concentrant plus spécifiquement sur les dépenses publiques de l'administration provinciale, nous remarquons que le rythme de croissance de l'ensemble des dépenses de la mission sociale est plus rapide que celui des dépenses totales de santé et encore plus que celui de l'ensemble des dépenses publiques de santé et ceci toujours en tenant compte de la croissance démographique et économique du Québec. Ce rythme de croissance relativement élevé est causé par une croissance assez prononcée des dépenses sociales. Nous en avons d'ailleurs la démonstration en observant la part des dépenses sociales de

l'administration publique provinciale. Les dépenses sociales qui, avant 1971, connaissaient un rythme de croissance modéré par rapport aux dépenses de santé, enregistrent après cette date une croissance rapide alors que les dépenses de santé se stabilisent. Per capita, et en tenant compte de la croissance de l'activité économique, l'administration publique du Québec dépensait en 1983 pour le social trois fois plus qu'en 1960 et deux fois plus qu'en 1971. Le sous-système social a pris beaucoup plus d'importance au sein de l'économie québécoise que le sous-système santé depuis le début des années 70. Aucune information ne nous permet de savoir très exactement comme pour la santé, combien les trois paliers gouvernementaux dépensent au Québec pour le social. Cependant, une telle information ne pourrait que confirmer et même démontrer que ce phénomène est très important. Nous estimons en effet que les dépenses sociales publiques du Québec s'élèveraient à 12,207 milliards $ en 1983. Le sous-système public social représenterait environ 13,5% de la production intérieure brute du Québec en 1983 (tableaux 1.A et 7 du chapitre 3). La sécurité du revenu (régime de pensions, assurance-chômage, accidents du travail, allocation familiales, etc.) et les services sociaux généraient respectivement 88% et 12% de ces dépenses en 1983.

4.2.2 La structure des coûts

Les coûts de sous-système santé sont composés de deux grandes catégories de dépenses. Il s'agit de celles des soins

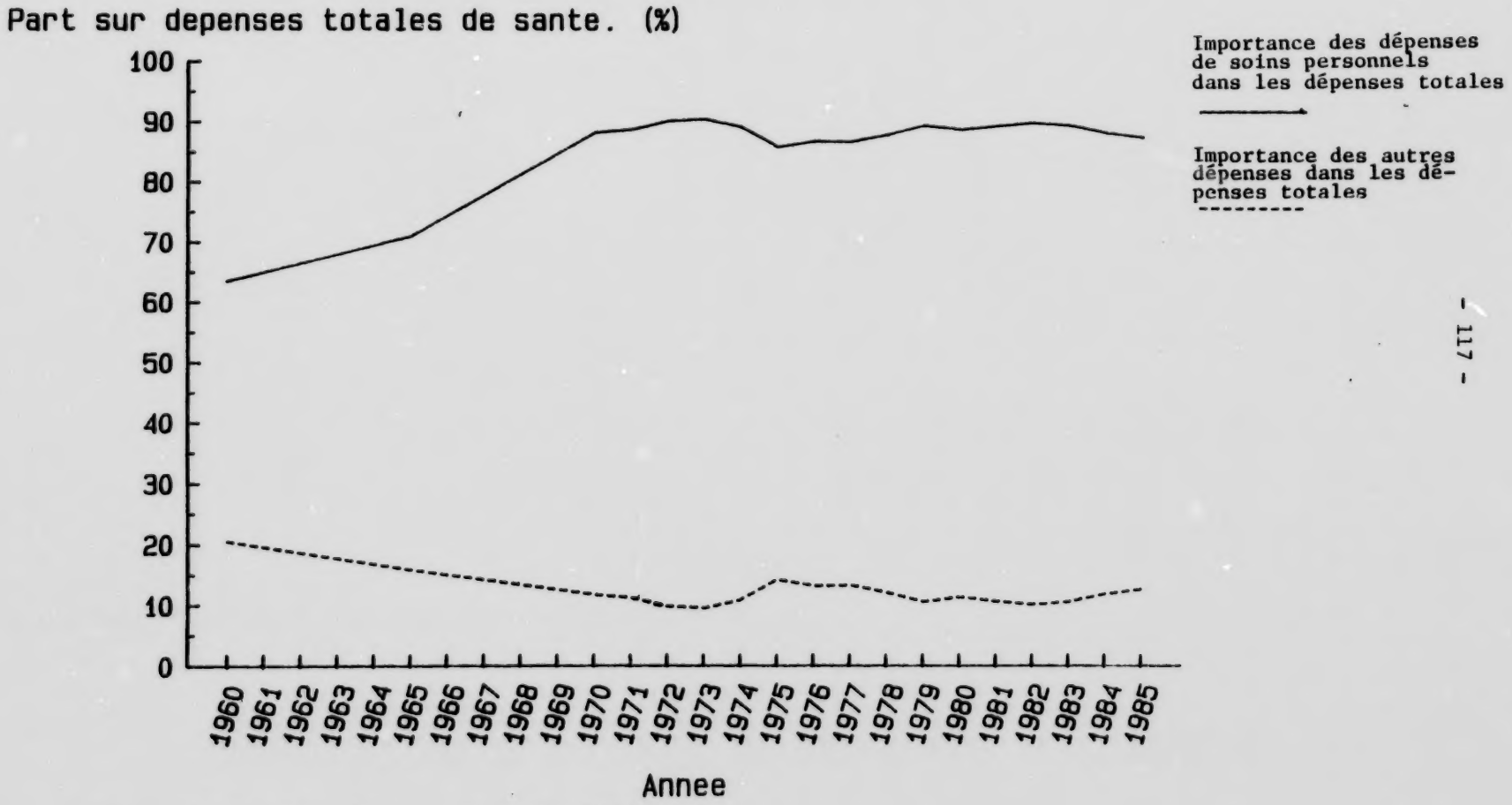
personnels et des autres dépenses comprenant l'administration et assurance, la santé publique, les immobilisations, la recherche, etc. En 1985, les dépenses de soins personnels s'élevaient selon les données provisoires du ministère fédéral de la santé à 8,482 milliards de dollards tandis que toutes les autres dépenses étaient de 1,219 milliard de dollars. L'évolution de l'importance relative de l'agrégat de dépenses en soins personnels et de celui des autres dépenses de santé dans l'ensemble des dépenses totales de santé depuis 1960 est représentée au graphique 9. La part des dépenses de santé consacrée aux soins personnels a augmenté de façon presque continue depuis 1960 pour atteindre 88% en 1985. Cependant, la part des dépenses de soins personnels a diminué d'au moins 5% entre 1973 et 1975, alors qu'elle n'avait cessé de croître depuis 1960. Par la suite, la part des dépenses de soins personnels se stabilise à un peu moins de 90%.

L'agrégat des dépenses de soins personnels peut être décomposé en cinq secteurs. L'évolution de la part relative de ces secteurs dans les soins personnels est représentée au graphique 10. Ce sont les soins en établissements (CH, CA, CLSC) qui occupent la majeure partie des soins personnels de santé, soit depuis 1960 entre 65% (1971 et 1972) et 73% en 1985. Les soins en établissements coûtaient au Québec en 1985, 5,582 milliards de dollars.

En terme d'importance relative des coûts, les services médicaux occupent le second rang à partir de 1964. L'année 1971

Graphique 9

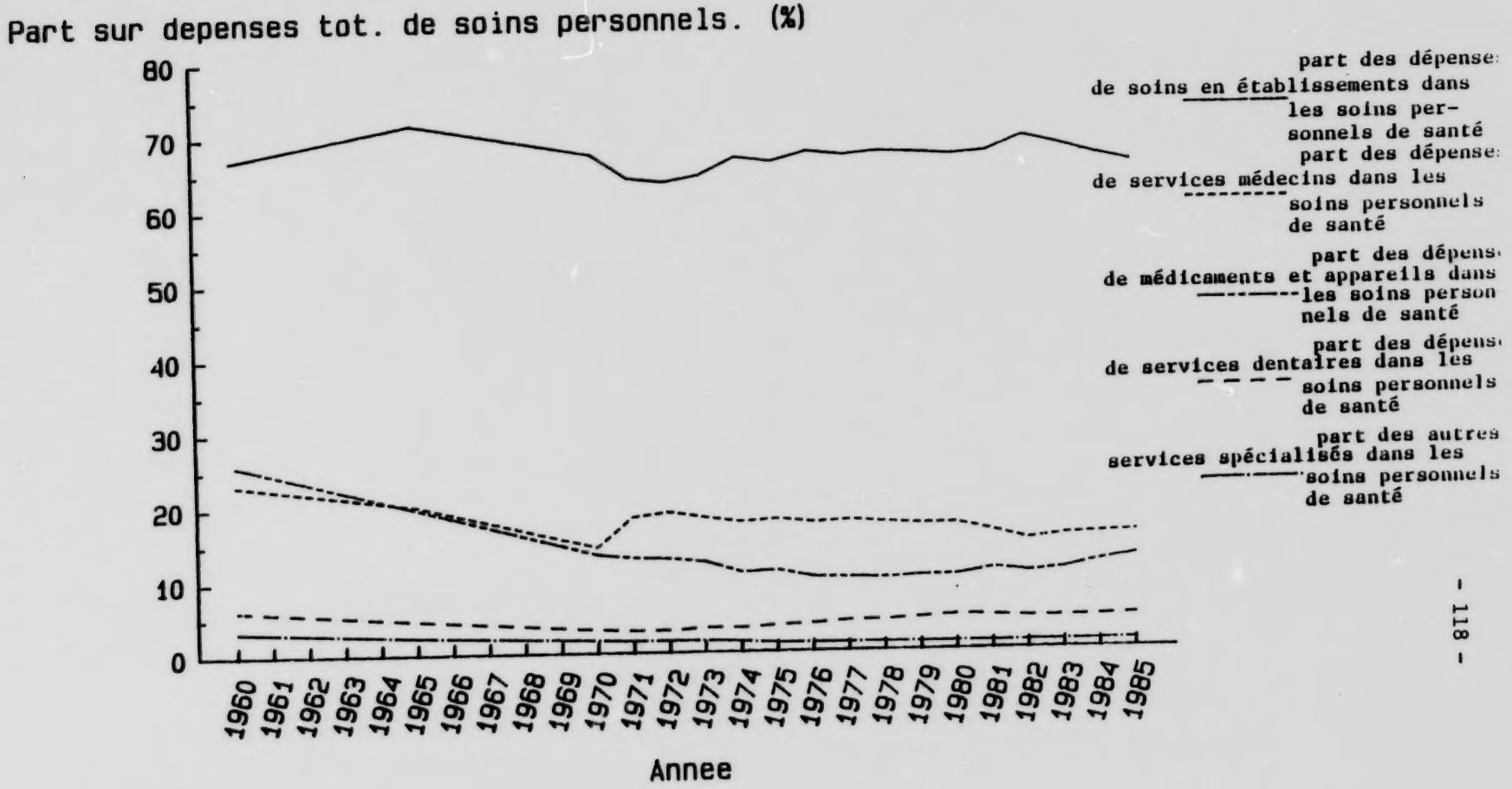
PART DES DEPENSES DE SOINS PERSONNELS ET AUTRES DEPENSES DANS LES DEPENSES TOTALES DE SANTE QUEBEC



Source: Santé et bien-être social Canda, 1986

Graphique 10

DECOMPOSITION DES DEPENSES DE SOINS PERSONNELS, QUEBEC



Source: Santé et bien-être social Canada, 1986

marque un point de rupture important dans l'évolution de la part relative de ces dépenses, qui, après avoir diminué de façon presque linéaire à partir de 1960, augmentent de 5% au moment de l'instauration du régime d'assurance-maladie québécois pour se stabiliser ensuite au niveau de 20% jusqu'en 1985. Les dépenses de soins médicaux s'élevaient au Québec en 1985 à 1,3436 milliards de dollars.

L'importance du secteur des médicaments et appareils dans les soins personnels diminue régulièrement de 1960 à 1978. Il représentait le quart des soins personnels de santé en 1960, soit un peu plus que celui des services médicaux qui n'occupe que 12% en 1978. Par contre, cette part augmente légèrement par la suite pour atteindre 15% en 1985, ce qui représente des dépenses de 1,0698 milliard.

Quant au secteur des services dentaires et des services spécialisés (autres que médicaux et dentaires), ils occupent ensemble moins de 10% des soins personnels pour générer en 1985 respectivement 388 et 988 millions de dollars. La part des services dentaires dans les soins personnels évolue de la même façon que celle des services médicaux.

Globalement, nous pouvons noter qu'avant 1970, seul le secteur des services en établissements a connu une augmentation de son importance relative. La mise en place du régime d'assurance-maladie a provoqué une expansion du secteur des services médicaux et à

un degré moindre de celui des services dentaires qui enregistrent un essor relatif plus faible. Le secteur des médicaments et appareils connaît une décroissance relative continue de 1960 à 1978 pour n'enregistrer qu'une légère hausse par la suite.

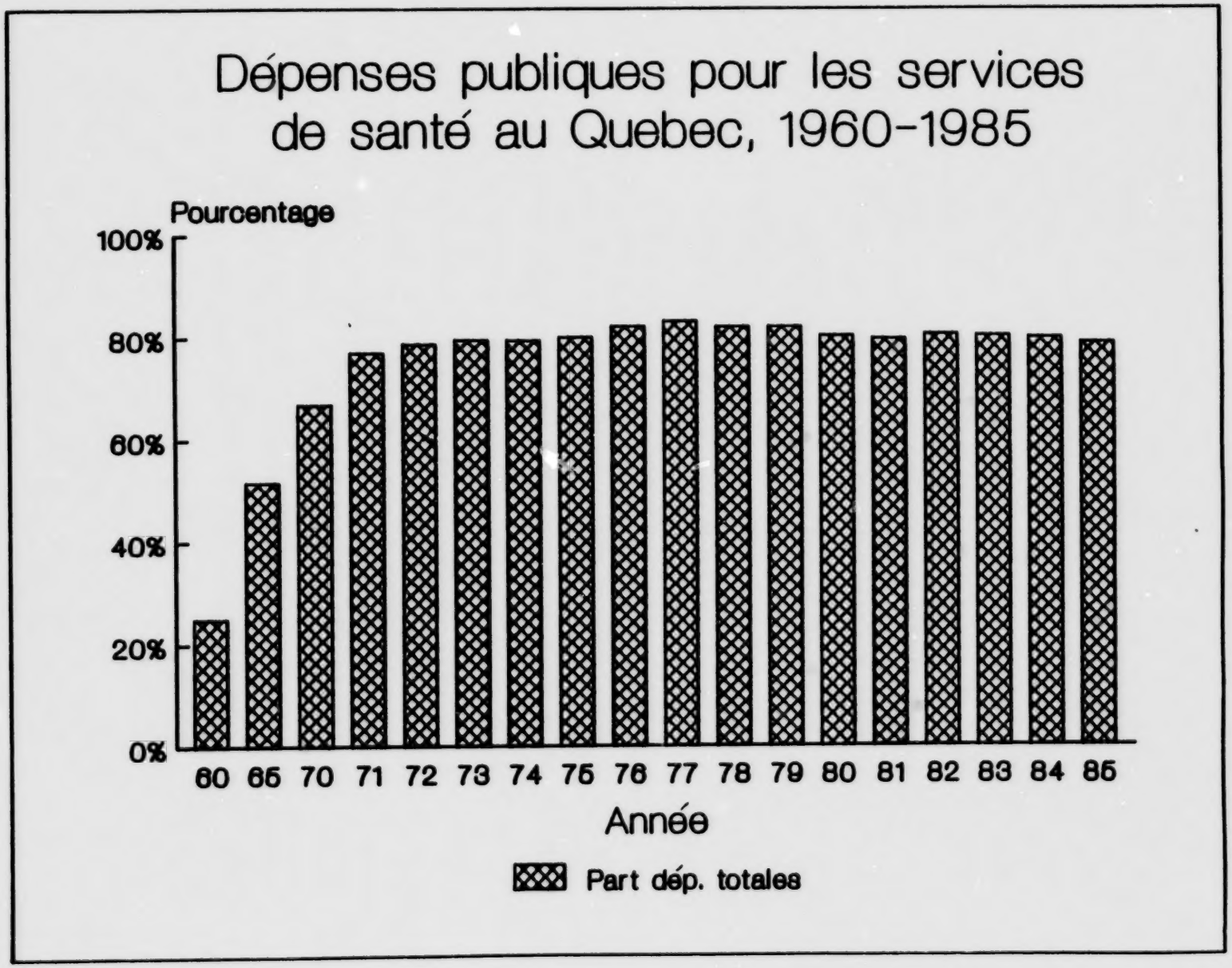
4.2.3 La prise en charge des coûts

Jusqu'à présent nous avons analysé la structure des dépenses totales en santé. Il faut maintenant s'interroger sur le caractère privé ou public de ces dépenses.

Depuis la mise en place du régime d'assurance-maladie, la part des dépenses totales de santé du Québec financée par les pouvoirs publics est d'environ 80%. Le graphique 11 illustre bien que la prise en charge des coûts de santé par l'Etat qui était de 25% en 1960 atteint son apogée en 1977 à 83%. Après 1977, la part des dépenses publiques dans les dépenses totales diminue jusqu'en 1985.

C'est l'administration provinciale qui assume la plus grande part de ces coûts. En 1985, ce palier administratif finance 45% des dépenses de santé alors que la contribution du fédéral se situe à 33% et que celle des municipalités est marginale. A partir de 1983, la contribution financière de l'administration publique provinciale diminue par rapport aux autres sources de financement qu'elles soient publiques ou privées.

Graphique 11



L'accroissement de l'importance du sous-système santé depuis la fin des années 70 serait surtout attribuable à la contribution de plus en plus significative du secteur privé.

Cette contribution n'est cependant pas uniforme. Le tableau 3 indique que certains secteurs comme ceux des services médicaux ou des services en établissements sont presque totalement publics (respectivement 96% et 89,4% publics en 1985) alors que d'autres comme les médicaments et appareils sont très largement privés (73,9% en 1985). On constate d'ailleurs que seul ce dernier secteur est plus privatisé au Québec que dans l'ensemble des provinces canadiennes.

Le sous-système social, comme nous l'avons déjà indiqué, a connu une croissance plus accentuée que celle du sous-système santé. Le secteur de la sécurité du revenu qui est à l'origine de 88% des dépenses publiques du sous-système social (comparativement à 12% pour le secteur des services sociaux) est financé aux 2/3 par le fédéral tandis que l'administration provinciale finance le reste. Les dépenses de services sociaux sont quant à elles financées à 72% par le fédéral, à 25% par le provincial, tandis que les municipalités en défraient 2%. L'importance des dépenses sociales dans le budget de l'administration provinciale a considérablement augmenté: 14,1% en 1970 et 21,5% en 1983.

Tableau 3

Importance du financement public des principaux secteurs du sous-système de santé, Québec et ensemble du Canada, 1984-85

Secteurs	Part des dépenses financée par le secteur public	
	Québec	Canada
Soins en établissements	89,4	87,82
Services médicaux	96,0	94,60
Services dentaires	31,5	19,09
Médicaments et appareils	26,1	28,65
Total soins personnels	**79,6**	**75,4**
Autres dépenses	**76,0**	**74,71**
DÉPENSES TOTALES	**78,9**	**75,31**

Sources:

Canada: Santé et bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé 1975-1985. Ottawa, 1986, à paraître.

Québec: Santé et bien-être social Canada. Données non publiées, d'après Lee Sodertrom (1987).

4.3 La position du système socio-sanitaire québécois par rapport à celui d'autres économies

4.3.1 Comparaisons des coûts

Le Québec consacre une part plus importante de sa richesse collective à son sous-système de santé que l'Ontario, que la moyenne des provinces canadiennes et que la moyenne des pays de l'O.C.D.E. Par contre l'Ontario, l'ensemble des autres provinces et les Etats-Unis enregistrent des niveaux de dépenses de santé per capita plus élevés que celui du Québec.

Au Canada, le niveau de dépenses per capita des provinces croît de l'est vers l'ouest tandis que la part de la production intérieure brute consacrée au sous-système de santé décroit de l'est vers l'ouest. Ceci est en partie explicable par les mécanismes de péréquation interprovinciale qui favorisent les provinces les plus pauvres et qui gonflent artificiellement leurs dépenses de santé par rapport au PIB. La part des dépenses de santé publiques est plus importante au Québec et en Ontario que dans l'ensemble des provinces canadiennes et par rapport à la moyenne des pays de l'O.C.D.E. Cependant depuis le début des années 80, le financement provenant du secteur privé croît au Québec alors que dans l'ensemble du Canada ce phénomène n'est pas observé.

L'analyse comparée de l'évolution du niveau de dépenses totales de santé per capita corrigées de la croissance économique nous

indique que si le Québec, l'ensemble du Canada et les Etats-Unis avaient des coûts semblables au début des années 1970; ce n'est plus le cas en 1984. C'est maintenant le Québec qui a la dépense per capita la plus faible.

Le graphique 12 illustre bien que depuis 1965 c'est le Québec qui a le mieux contrôlé ses coûts de santé. Il est à noter que contrairement à ce que l'on observe en Ontario, dans l'ensemble du Canada et aux Etats-Unis, le Québec est la seule économie où l'indice des prix des services personnels de santé a augmenté moins rapidement de l'indice général des prix de 1980 à 1983 (seule période où les données sur les indices de prix du secteur de la santé sont disponibles).

4.3.2 Comparaisons des structures de coûts

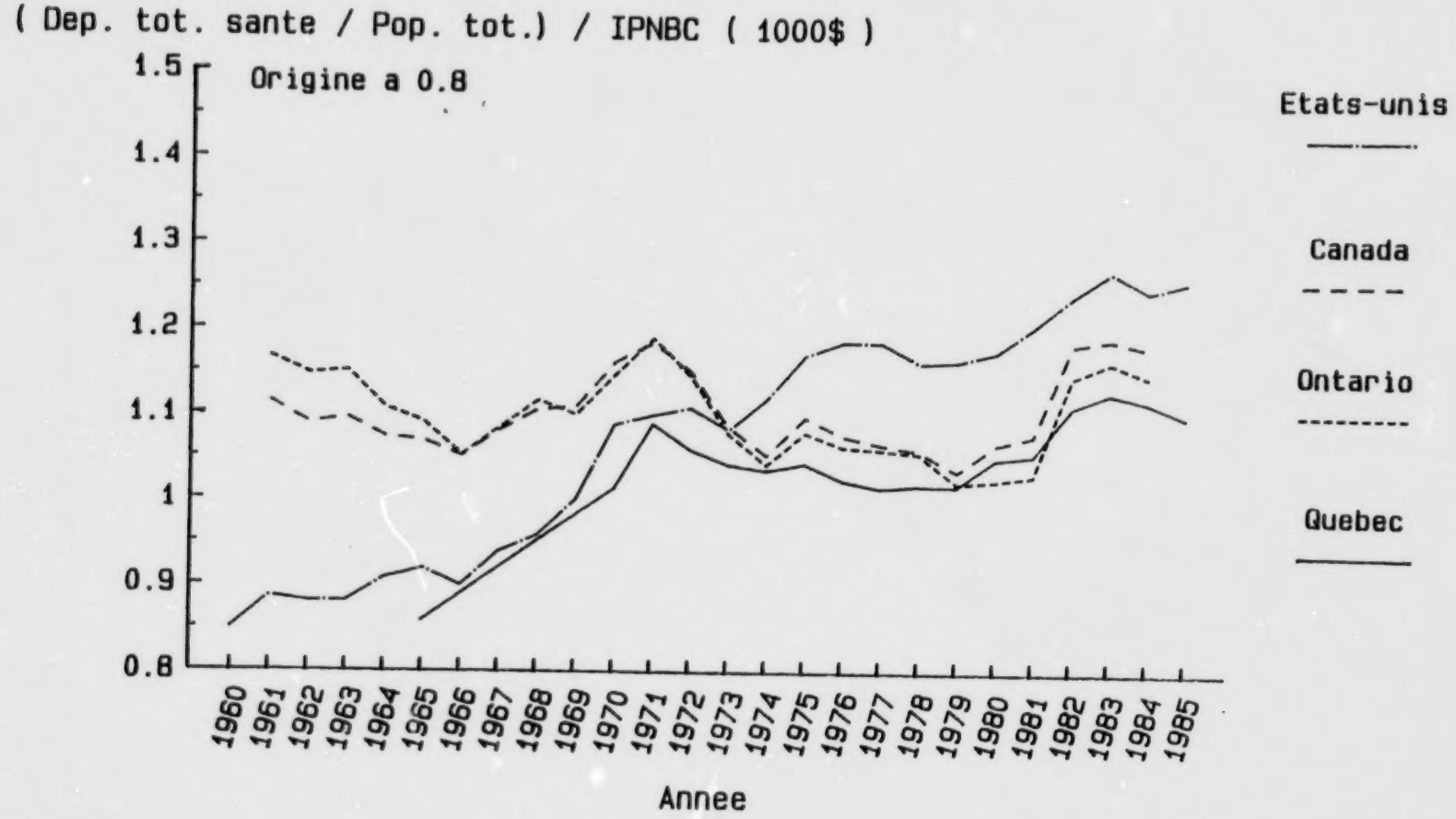
Quand on compare la structure des dépenses de soins personnels en santé, on constate que l'importance du secteur des services en établissement est très élevée au Québec. Il est plus important en proportion qu'en Ontario, que pour l'ensemble du Canada et qu'aux Etats-Unis. De plus, le niveau des dépenses per capita pour les services en établissements est aussi plus élevé au Québec durant la période 1970-1985.

Tous les autres éléments des dépenses de soins personnels en santé sont relativement moins importants au Québec que dans les systèmes socio-sanitaires de comparaison. Les services médicaux, les

Graphique 12

DEPENSES REELLES PER CAPITA POUR LA SANTE:

COMPARAISON DU SYSTEME DE SANTE QUEBECOIS AVEC CEUX DE L'ONTARIO, DU CANADA ET DES ETATS-UNIS



Source: Santé et bien-être social Canada, 1986

services dentaires et les médicaments et appareils ont respectivement une moins grande importance relative par rapport à l'ensemble des soins personnels et des niveaux de dépenses réelles per capita moins élevés qu'en Ontario et que dans la moyenne des provinces canadiennes et qu'aux Etats-Unis.

La comparaison de l'évolution des dépenses par secteur permet de constater que ce sont les secteurs des services médicaux et dentaires et les médicaments et appareils qui ont le mieux contrôlé la croissance de leurs coûts depuis les années 60 jusqu'en 1985.

Contrairement au sous-système santé, le sous-système social public québécois a connu une expansion importante par rapport à l'Ontario (seule comparaison que les données nous permettent de faire). En 1985, les dépenses sociales publiques provinciales per capita sont deux fois plus élevées au Québec qu'en Ontario. Depuis 1976, la part des dépenses sociales publiques provinciales dans le PIB est aussi deux fois plus élevée au Québec. La gamme des services sociaux offerts et leur organisation n'est cependant pas la même au Québec et en Ontario.

4.4 Appréciation de l'efficience économique du système socio-sanitaire public

L'analyse détaillée de la répartition des dépenses du réseau des affaires sociales selon les centres de responsabilités et les centres d'activités, nous a permis d'atteindre les trois objectifs suivants:

1) d'identifier vers qui l'allocation des ressources financières se faisait en décomposant les dépenses en fonction des centres de responsabilités;

2) d'identifier le pourquoi de cette allocation des ressources financières en décomposant les dépenses selon les champs d'intervention et les fonctions du système socio-sanitaire;

3) d'identifier selon le cas les centres de responsabilités, les champs et les fonctions en expansion et inversement en décroissance sur la période 1979-80 à 1984-85.

De cette analyse, nous dégageons les points saillants suivants:

Tout d'abord, en ce qui concerne le vers qui de l'allocation des ressources.

1) Ce sont les centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD) qui drainent la plus grande partie des ressources financières du réseau public des affaires sociales (soit environ 45%). La RAMQ (tous ces programmes compris) drainent près du cinquième des dépenses de ce réseau tandis que les huit autres centres de responsabilités (CHSLD, CHPSY, CAH, CAR, CLSC, CSS, CRSSS et MSSS) se partagent le reste des dépenses soit environ 40%.

2) Sur toute la période 1979-80 à 1984-85, l'importance relative de ces centres de responsabilités dans le budget du MSSS est stable sauf en ce qui concerne les CAH, les CAR et les CLSC qui ont connu une évolution de leurs dépenses plus rapide que celles des autres unités administratives. Le MSSS quant à lui voit son importance relative décroître à cause de transferts de responsabilités vers le ministère de la Main-d'oeuvre et de la sécurité du revenu et vers la RAMQ.

En ce qui concerne le pourquoi de l'allocation des ressources financières, nous avons fait les deux séries de constats suivantes:

Constats sur les champs

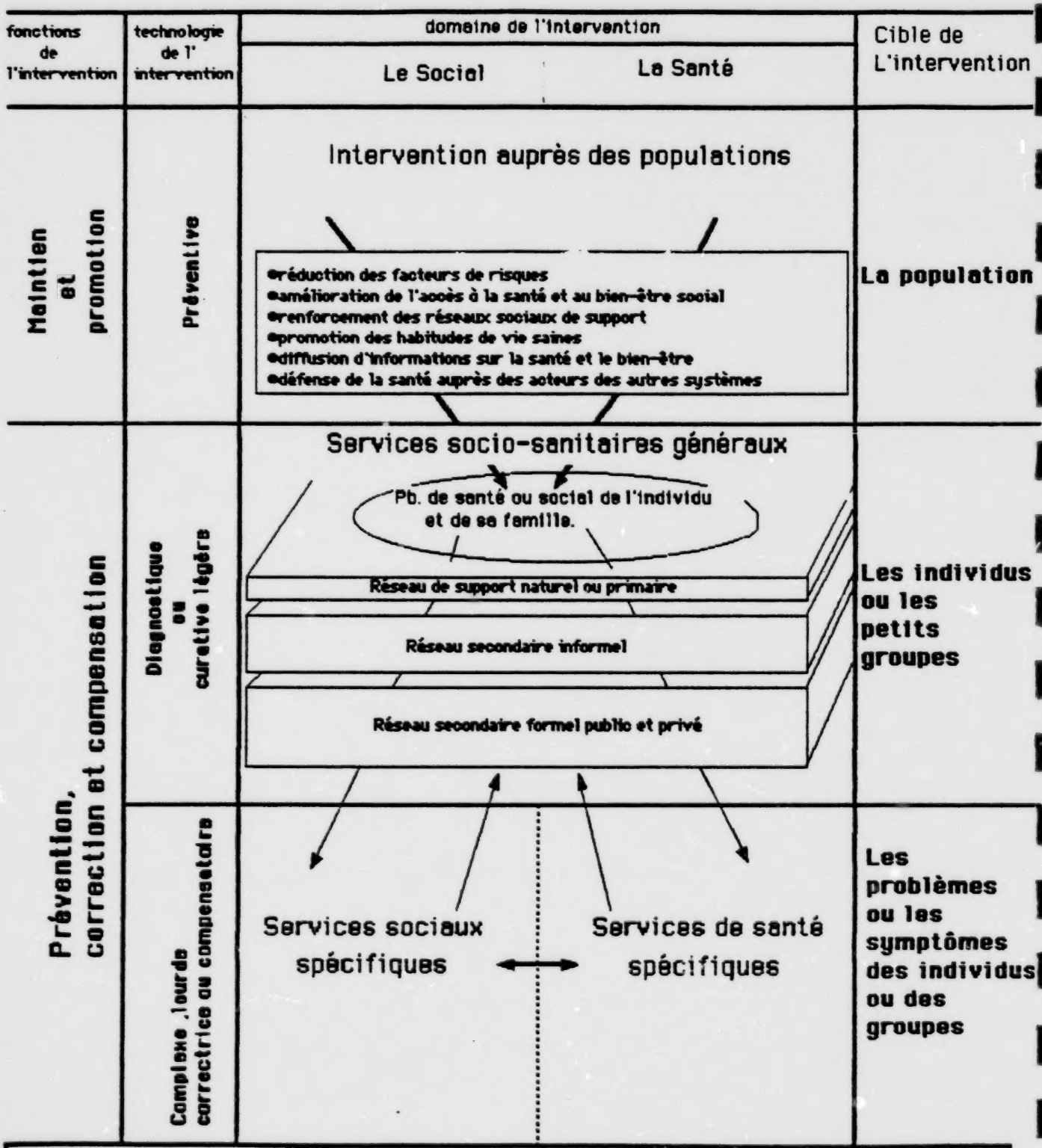
Le système socio-sanitaire peut se décomposer en 4 champs d'intervention à partir de quatre dimensions apparaissant sur la figure 9.

La première dimension concerne la fonction principale d'une intervention, c'est-à-dire le maintien et la prévention de la santé et du bien-être ou la promotion, la correction ou la comparaison d'un problème de santé ou social.

La deuxième dimension est la technologie mise en oeuvre lors de l'intervention. Il peut s'agir d'une technologie préventive, d'une

Figure 9

Classification des interventions du système socio-sanitaire



Source: Contandriopoulos A. P. & al.. Rapport sur les coûts et le financement du système socio-sanitaire Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux du Québec, Avril 1987

technologie diagnostique ou curative légère, c'est-à-dire qui n'a besoin pour être employée que d'une infrastructure minimale, ou encore d'une technologie lourde et complexe qui n'est généralement accessible que dans des établissements spécialisés.

La troisième dimension est le domaine de l'intervention, c'est-à-dire un problème de santé ou un problème social. La quatrième dimension est la cible de l'intervention, c'est-à-dire la population dans son ensemble, des individus ou des petits groupes ou encore des problèmes ou des symptômes.

Ces quatre dimensions qui ne sont pas indépendantes l'une de l'autre permettent de définir les quatre champs définis sur la figure 9.

Le champ des interventions auprès des populations est celui qui vise à prévenir l'apparition des problèmes et à promouvoir la santé et le bien-être de la population. Le champ des services socio-sanitaires généraux est au centre du processus de mise en oeuvre des ressources du système socio-sanitaire, c'est celui où les individus et leur famille identifient leurs problèmes puis font appel aux ressources du système socio-sanitaire. Dans ce champ, le social et la santé sont fortement intégrés autour des besoins de la personne.

Le champ des services sociaux spécifiques et celui des services de santé spécifique ont tous les deux comme fonction de

corriger ou de compenser un problème de santé ou un problème social généralement à la suite d'une identification des problèmes faits dans le champ des services socio-sanitaires généraux. Il est important de comprendre que ces deux champs ne sont que des lieux de passage; une fois faite l'intervention qui nécessite une technologie lourde et complexe, les individus retournent dans leur milieu naturel.

La quantification de l'importance financière de ces quatres champs permet de faire les commentaires suivants:

1) C'est le champ des services de santé spécifique qui draine la partie la plus importante des dépenses du réseau (presque 70%), c'est-à-dire qui correspond aux services fournis dans les établissements de santé. Les champs des services sociaux spécifiques et des services généraux socio-sanitaires génèrent chacun environ 15% des dépenses. Le champ d'intervention auprès des populations (le champ de la santé publique) n'occasionne que 3% des dépenses du réseau.

2) Cette allocation des ressources financières entre les différents champs est stable sur toute la période considérée.

3) Ce sont les CHSCD qui prennent majoritairement en charge le champ de la santé publique par le biais des DSC, ainsi que les champs des services généraux socio-sanitaires et de la santé spécifique. Le champ du social spécifique est quant à lui surtout pris en charge par les CAH et à un degré moindre par les CSS et les CAR.

Constats_sur_les_fonctions

Nous avons décomposé l'ensemble des centres d'activités selon les quatre fonctions du système socio-sanitaire. Il s'agit des fonctions de maintien et promotion de la santé et du bien-être, de correction d'un problème de santé ou de bien-être, de compensation d'un problème de santé ou de bien-être, de recherche et d'enseignement. Nous avons ici aussi une catégorie de centres d'activités que nous ne pouvions pas imputer directement à l'un ou l'autre de ces fonctions que nous avons nommé administration et support.

L'analyse des coûts associés à chacune de ces fonctions permet de tirer les conclusions suivantes:

1) Ce sont les fonctions de la correction, de l'administration et du support qui occasionnent la majorité des dépenses du réseau (soit respectivement 45% et 40%).

2) La répartition des dépenses entre les différentes fonctions est stable sur toute la période considérée.

3) Les CHSCD ont majoritairement pris en charge les fonctions de maintien et de promotion de santé et de bien-être et de correction des problèmes de santé et de bien-être, recherche et enseignement ainsi que celles de l'administration et du support. Les CHSCD, les

CHPSY et les CAH sont dans l'ordre les centres de responsabilités qui ont enregistré les plus importants niveaux de dépenses pour assurer la fonction de compensation des problèmes de santé et de bien-être.

Ces constats font ressortir l'importance prépondérante des CHSCD dans le système socio-sanitaire québécois et ceci non seulement en regard de l'ampleur de l'allocation financière dont ils bénéficient, mais aussi en regard de la portée de leurs responsabilités en termes de leur contribution majoritaire dans la prise en charge des champs d'intervention et des fonctions du système.

Ceci est certainement à mettre en relation avec la place relativement plus importante du secteur des services en établissements dans le système socio-sanitaire québécois par rapport à ceux de l'Ontario, ceux de la moyenne des provinces canadiennes et, même pour certaines périodes, celui des Etats-Unis.

Malgré l'ampleur des responsabilités qui incombent aux centres hospitaliers de soins de courte durée, ces centres de responsabilités ont enregistré depuis 1979 une très forte compression sur la croissance de leurs coûts.

Pour les centres hospitaliers comme pour tous les centres de responsabilités qui produisent des services de santé ou sociaux à proprement dit (ce qui exclut des CRSSS et le MSSS) nous avons identifié les facteurs expliquant l'évolution de leurs coûts sur la

période 1979-80 à 1984-85. Les quatre grandes catégories de facteurs que nous avons considérées sont:

1) la quantité de services produits;
2) les prix des services produits;
3) la quantité de ressources employées pour la production des services;
4) le prix des ressources employées pour la production des services.

Les résultats de cette analyse sont résumés sur le tableau 4.

En ce qui concerne le secteur des services hospitaliers (CHSCD, CHSLD, CPSY), le contrôle de la croissance des coûts a été obtenu par une compression des ressources et plus particulièrement des ressources humaines. Cette politique s'est accompagnée à la fois par un accroissement de la productivité, par une réduction des services offerts et par une modification dans le type de services offerts. En effet, alors que le volume des hospitalisations était en décroissance, nous pouvons noter une augmentation significative de volume des services ambulatoires (graphique 13).

Ce dernier phénomène n'est pas sans avoir d'effets sur le contrôle des coûts des CH au détriment de ceux de la RAMQ puisque les services ambulatoires nécessitent une utilisation moins intensive des ressources et font surtout appel aux ressources médicales qui ne sont

Tableau 4

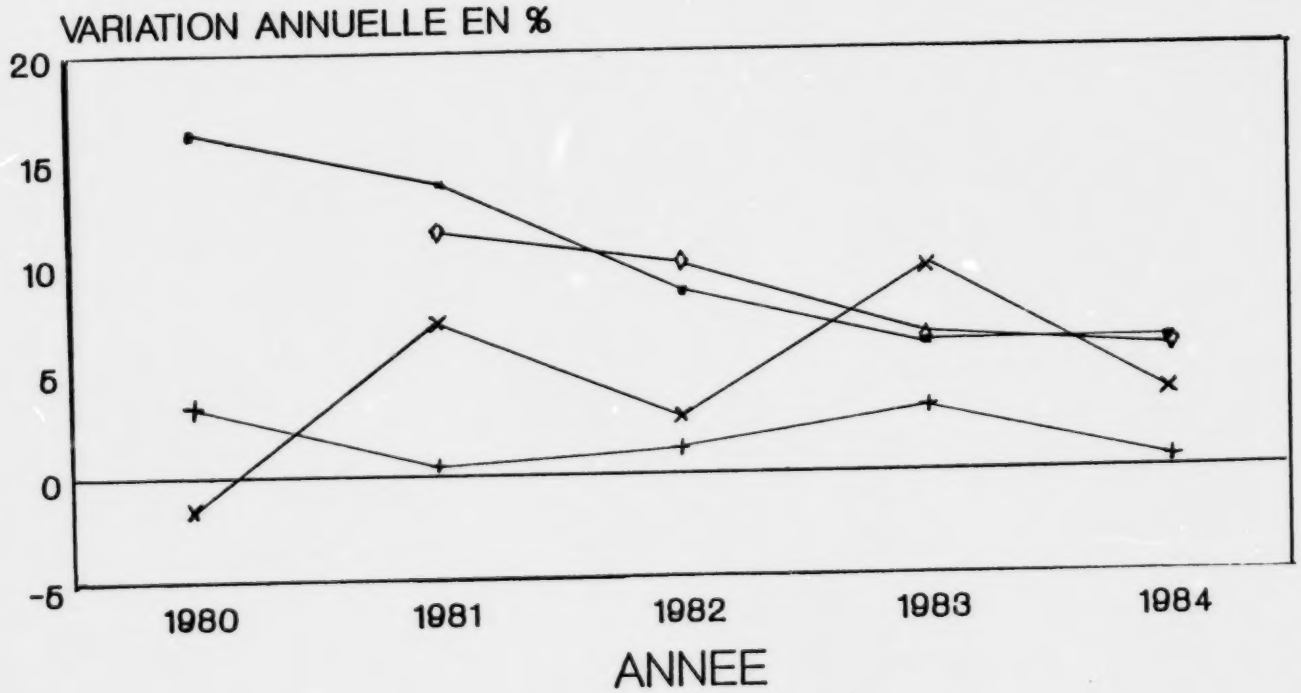
Mécanismes de contrôle des coûts des différents centres de responsabilités du système socio-sanitaire du Québec de 1979-80 à 1984-85

Centre de responsabilité	$CT = \sum_{i=1}^{n} S_i \times P_i = \sum_{j=1}^{m} R_j \times P_j$				
	Evolution des coûts	Evolution du volume des services	Evolution des prix de services	Evolution du volume des ressources employées	Evolution du prix des ressources
CH	stabilisation	↘	?	↘	↗
CAH	croissance	↗	?	↗	↗
CAR 1979-80 à 1982-83	croissance	↗	?	↗	↗
1982-83 à 1984-85	stabilisation	↘	?	↘	↗
CLSC	croissance	↗	?	↗	↗
CSS	décroissance	↘	?	↘	↗
RAMQ/Services médicaux	stabilisation	↗	↘	↗	↘
RAMQ/Services dentaires enfants					
1974-1981	croissance	↗ + ↗ taux de couverture	↗	?	↗
1982-1984	décroissance	↘ + ↘ taux de couverture	↗	?	↗
1985	croissance	=	↗	?	↗
RAMQ/Services dentaires assistés sociaux					
1979-80-83-85	croissance	↗	↗	?	↗
1978-81-82	stabilisation	↘	=	?	↗
RAMQ/Services pharmaceutiques					
1974 à 81 et 1983 à 1985	croissance	↗ + ↗ taux de couverture	↗	↗	↗
1982	décroissance	↘	=	?	?

Graphique 13

CENTRES HOSPITALIERS

coûts, jours-presence, visites, prix



Il s'agit des années administratives

JP: jours-présence
SCD: soins de courte durée
SLD: soins de longue durée
HTR: hébergement, transition, réadaptation
EX: externes ou ambultaoires

pas rémunérées à même le budget des hôpitaux, mais par celui de la RAMQ.

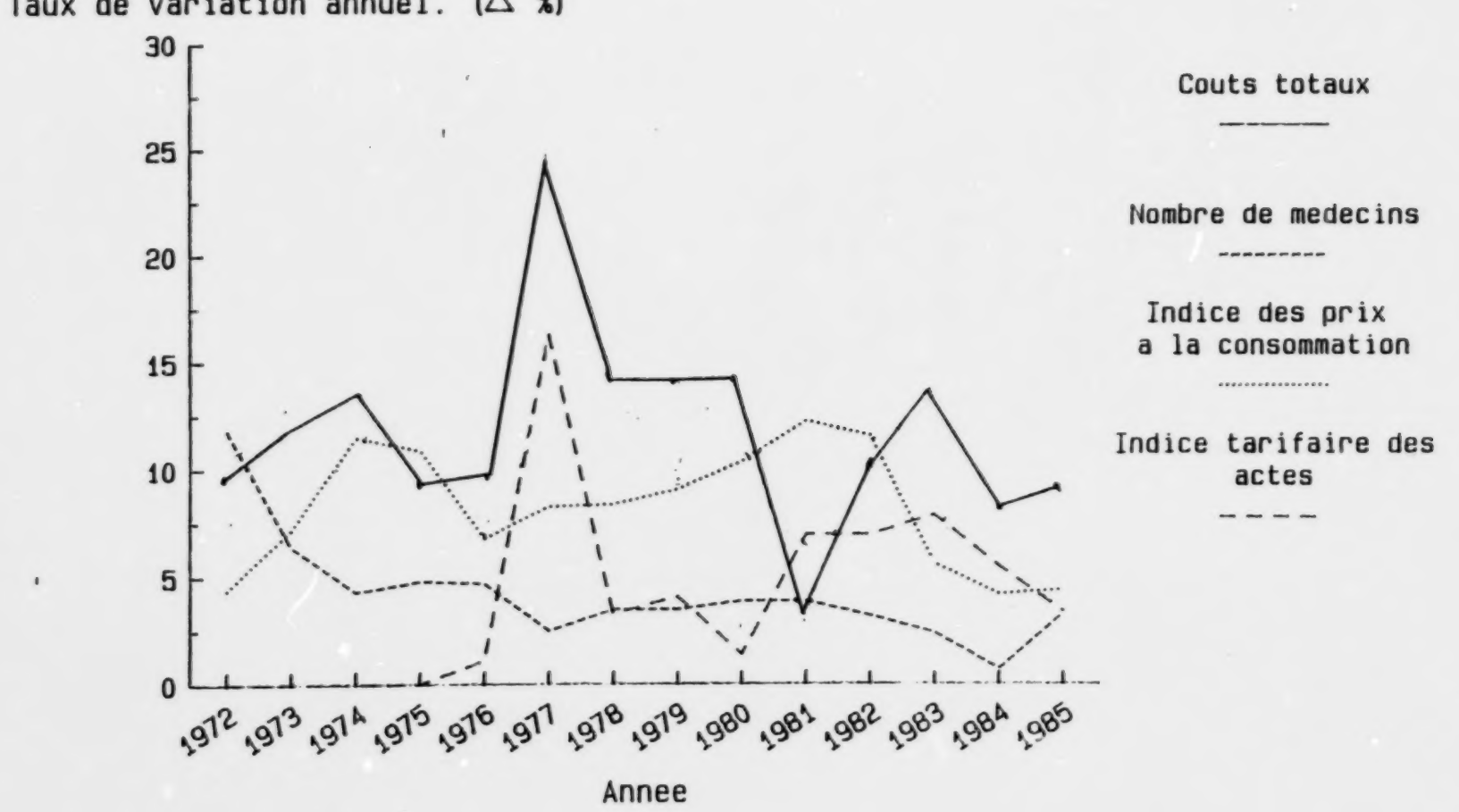
La stabilisation de la croissance des coûts des services médicaux a été obtenue par le contrôle de l'évolution des tarifs des actes et du revenu moyen des médecins, ce qui a permis de compenser la croissance des coûts générés par l'augmentation du nombre de médecins et par l'accroissement du volume de services (graphique 14).

Les autres centres de responsabilités où les pouvoirs publics ont imposé des compressions sur la croissance de leurs coûts sont les CSS, les CAR (de 1982-83 à 1984-85) et certains programmes de la RAMQ, soient les services dentaires destinés aux enfants (1974 à 1981 et 1982 à 1984), les services dentaires destinés aux assistés sociaux (1978, 1981 et 1982) et les services pharmaceutiques en 1982 seulement.

Le contrôle des coûts des CAR et des CSS sur la période 1982-83 à 1984-85 a été obtenu par une contrainte sur le volume de services offerts. En ce qui concerne les programmes des services dentaires, les mesures visant la diminution du nombre de personnes couvertes et de la gamme de services offerts ont permis un contrôle efficace des coûts. Le contrôle des prix des médicaments et la diminution du nombre de participants ont permis en 1982 de stabiliser les coûts des programmes de services pharmaceutiques. Par la suite, cette maîtrise des coûts n'a pas pu être maintenue.

Graphique 14

Croissance du cout total des services medicaux par rapport a la croissance du nombre de medecins et de celles des prix et de l'indice tarifaire



Par contre, c'est à cause d'une augmentation du volume des services offerts que les CAH, les CLSC et les CAR avant 1982, on vu leurs coûts augmenter.

L'expansion des coûts des services dentaires destinés aux enfants de (1974 à 1981 et en 1985) et aux assistés sociaux, ainsi que les coûts des services pharmaceutiques (de 1974 à 1981 et en 1983) est attribuable à la croissance des prix des services et à l'augmentation de la couverture (sauf en 1985 pour les services dentaires offerts aux enfants). La stabilisation de la croissance des coûts des services médicaux a été obtenue par le contrôle de l'évolution des tarifs des actes et du revenu moyen des médecins, ce qui a permis de compenser la croissance des coûts générés par l'augmentation du nombre de médecins et par l'accroissement du volume de services.

Le contrôle des coûts de l'ensemble du système socio-sanitaire public québécois est donc le fruit d'une volonté commune opérationnalisée par de multiples initiatives isolées. Ainsi, une fois les crédits budgétaires alloués, la responsabilité de l'équilibre financier est assumée par les différentes unités administratives qui elles-mêmes et de façon indépendante doivent se doter des mécanismes qu'elles jugent les plus appropriés. Cette décentralisation dans la mise en place des mécanismes de contrôle des coûts par chacun des centres de responsabilités du réseau n'est pas sans avoir d'effets sur les autres unités administratives qui doivent dans certains cas en absorber les contrecoups. Ce phénomène, qui globalement produit des

effets intéressants en ce qui concerne le contrôle général des coûts du système socio-sanitaire n'est pas sans avoir d'effets sur le niveau et l'éventail de services offerts. C'est dans cette perspective que la question de l'efficience, de l'efficacité et du rendement du système socio-sanitaire devient intéressante.

4.5 La performance relative des systèmes socio-sanitaire canadien et québécois par rapport à ceux des pays de l'O.C.D.E.

Il existe deux grandes stratégies pour apprécier les performances d'un système socio-sanitaire. La première que l'on pourrait qualifier d'introspective consiste à fixer des critères de performance tels d'efficience (rapport entre le niveau des ressources et le niveau des services produits), d'efficacité (relation entre le niveau de services produits et les résultats) et de rendement (relation entre le niveau des ressources et les résultats de santé) et d'étudier leur évolution dans le temps et pour les différents secteurs d'un même sous-système de santé. C'est en partie ce que nous avons fait jusqu'ici. Mais cette première méthode comporte des limites. Elle ne permet pas de porter un jugement d'ensemble sur la performance globale du système socio-sanitaire.

Pour porter un tel jugement, il faut comparer la performance du système socio-sanitaire dans son ensemble avec celle d'autres systèmes.

Il faut donc établir des indicateurs de performance permettant des comparaisons comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 1. Tout système socio-sanitaire peut-être conçu comme un ensemble de mesures réglementaires, constituant les modalités organisationnelles qui, à un moment donné, dans un pays donné structurent la façon dont les ressources affectées au système produisent des services dans le but d'obtenir des résultats et en particulier d'améliorer la santé de la population (figure 10).

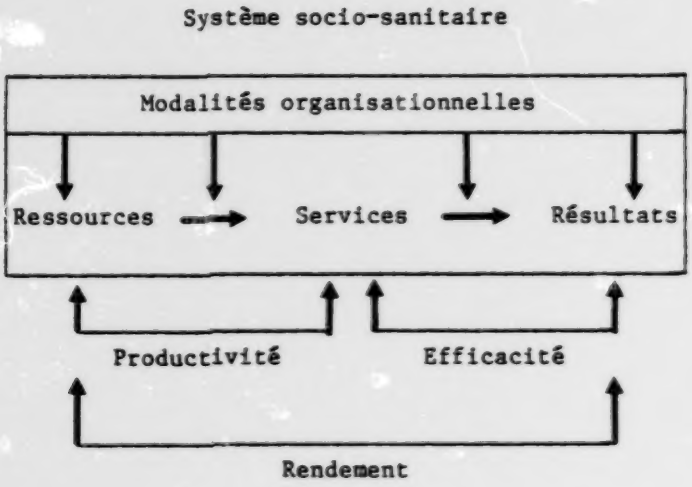
L'appréciation de la performance implique que l'on analyse la productivité du système, c'est-à-dire l'efficience avec laquelle les ressources produisent des services, son efficacité, c'est-à-dire la relation entre les services utilisés et les résultats obtenus et finalement de son rendement, c'est-à-dire la relation entre les resources investies et les résultats obtenus.

C'est à partir des résultats de telles analyses qu'il devrait être possible, d'une part, de porter un jugement sur les modalités organisationnelles du système socio-sanitaire du Québec et, d'autre part, d'identifier quels pays se caractérisent par des modalités organisationnelles performantes.

On conçoit que ce type d'analyse est très différent de celui qui a très souvent été tenté sans succès et qui consiste à essayer d'établir des corrélations entre des indicateurs de ressources et des indicateurs de résultats entre différents pays (O.C.D.E., 1987).

Figure 10

Indicateurs de performance du système socio-sanitaire



Méthodologie

Nous avons utilisé la série statistique publiée par l'O.C.D.E. en 1985 intitulée la "Santé en chiffres", qui fournit des indicateurs comparables pour 27 pays de 1960 à 1983 sur les variables suivantes: dépenses, ressources et services du système de soins, facteurs de risques et résultats en termes de santé et de système.

Comme toutes les variables présentées dans la publication de l'O.C.D.E. n'étaient pas toutes disponibles, pour chacune des années de la période considérée (1960 à 1983) et pour tous les pays, nous avons dû construire une matrice pays-variables qui contenait le maximum d'informations possibles. Nous avons tout d'abord choisi de considérer trois périodes d'observation, soit les années 1960, 1970 et 1980. Ensuite, nous avons identifié les variables et les pays pour lesquels l'information était disponible pour au moins les années 1970 et 1980. Pour l'année 1960, nous avons dû laisser la Belgique, l'Irlande et le Royaume-Uni pour lesquels il manquait des informations sur plusieurs variables. Nous avons cependant conservé l'Irlande même si nous n'avions pas d'information sur le nombre de médecins en 1980. Nous avons considéré qu'ils était coûteux d'éliminer un pays de plus pour seulement une variable manquante en 1980.

Les treize pays considérés sont donc l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, les Etats-Unis, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Italie, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suède.

Les variables retenues pour les regroupements les plus importants effectués[12] sont listées sur la figure 11. Puisque le Québec ne fait pas partie comme tel de l'ensemble des systèmes de santé étudiés dans la publication de l'O.C.D.E., nous n'avons pu l'inclure formellement dans notre analyse. Nous l'avons toutefois considéré implicitement puisqu'il fait partie du système de santé canadien avec lequel il enregistre d'ailleurs beaucoup de similitudes.

Les regroupements ont été obtenus à partir de l'analyse de cluster (Cluster Analysis) sur ces variables. Nous avons plus précisément utilisé la méthode de Ward qui consiste à regrouper les unités (les pays dans notre cas) qui enregistrent pour les variables considérées la distance minimale entre les niveaux observés. Toutes les variables ont été constuites de façon à obtenir des comparaisons fiables entre pays. Elles ont de plus été standardisées à une moyenne 0 et à une variance unitaire de façon à ce qu'elles aient un poids égal dans l'analyse.

Les regroupements de pays

Nous avons effectué 3 catégories de regroupements de pays qui ont été utilisés pour l'approximation des indicateurs de performance. Le premier regroupement porte sur les dépenses de santé et leur composition (les ressources), le deuxième sur l'utilisation des

12. Au chapitre 3, nous présentons les regroupements de pays obtenus en fonction 1) de variables de ressources humaines et physiques et 2) de variables portant sur certains facteurs de risques.

Figure 11

Liste des variables utilisées

Les ressources

DTSB = dépenses totales de santé / production intérieure brute

DPS = dépenses publiques de santé / dépenses totales de santé

DPHOS= dépenses hospitalières publiques / dépenses publiques de santé

Les services de santé

JHOS = jours d'hospitalisation par an / population

JMHOS= jours d'hospitalisation: durée moyenne des hospitalisations / nombre d'admissions

Indicateurs de résultats

ESPV = espérance de vie à la naissance

MINF = nombre de mortalités infantiles: taux de mortalité infantile / nombre de naissances vivantes

TMCH = taux de mortalité par cirrhose du foie

CHO = pourcentage de la population couverte par le régime d'assurance-maladie

services hospitaliers (les services) et le troisième sur les indicateurs de résultats de système (taux de couverture) et de santé (espérance de vie, taux de mortalité infantile et taux de mortalité par cirrhose du foie). Pour chacune de ces catégories de variables, nous avons constitué des regroupements à trois moments distincts de la période considérée, soit les années 1960, 1970 et 1980.

Les ressources

La première catégorie de regroupements retenus est présentée au tableau 5. En 1960, les pays qui consacrent les plus importantes parts de leur richesse collective au système de santé, soient les Etats-Unis et le Canada sont aussi ceux où l'Etat est très peu présent dans le financement des dépenses de santé. Inversement, en Italie, en Norvège et au Danemark où les dépenses publiques constituent une part importante des dépenses de santé, le niveau des dépenses est relativement bas. L'Autriche et l'Allemage qui forment le troisième groupe, se caractérisent par un niveau de dépenses moins élevé que celui observé au Canada et aux Etats-Unis et par une prise en charge des dépenses de santé par l'Etat dans la moyenne observée dans l'ensemble des pays.

En 1970, il n'y a qu'aux Etats-Unis où l'on observe de très hauts niveaux de dépenses de santé per capita, une forte part de la production intérieure brute consacrée à la santé et un financement public très faible. Par contre, le Royaume-Uni, l'Italie, la Norvège,

Tableau 5

Regroupement des pays en fonction du profil de dépenses de santé

		1960	1970	1980
Dépenses totales de santé/PIB Dépenses publiques de santé Dépenses hospitalières publiques	+ + - +	Etats-Unis, Canada	Etats-Unis	Etats-Unis
Dépenses totales de santé/PIB Dépenses publiques de santé Dépenses hospitalières publiques	+ = - -	Autriche, Allemagne		
Dépenses totales de santé/PIB Dépenses publiques de santé Dépenses hospitalières publiques	+ = +		Suède, Canada	France, Allemagne/ Suède, Irlande Québec
Dépenses totales de santé/PIB Dépenses publiques de santé Dépenses hospitalières publiques	- + +	Italie, Danemark, Norvège/ Suède, Finlande, France	Grande-Bretagne, Italie Norvège, Danemark, Irlande	Norvège, Danemark/ Finlande, Italie, Canada/
Dépenses totales de santé/PIB Dépenses publiques de santé Dépenses hospitalières publiques	- = - -		France, Allemagne, Finlande/ Belgique, Autriche	Grande-Bretagne, Belgique/ Autriche

Variables

Dépenses totales de santé/PIB: $\frac{\text{(Dépenses totales de santé)}}{\text{Produit intérieur brut}} \times 100$

Dépenses publiques de santé: $\frac{\text{(Dépenses publiques de santé)}}{\text{Dépenses totales de santé}} \times 100$

Dépenses hospitalières publiques: $\frac{\text{(Dépenses hospitalières publiques)}}{\text{Dépenses publiques de santé}} \times 100$

Indicateurs

+ +	très au-dessus de la moyenne
+	au-dessus de la moyenne
=	dans la moyenne
-	au-dessous de la moyenne
- -	très au-dessous de la moyenne

le Danemark et l'Irlande sont des pays où l'Etat est très important et qui consacrent une faible proportion de leur richesse collective à la santé. Le Canada et la Suède qui dépensent relativement beaucoup pour la santé se caractérisent par une prise en charge moyenne de ces dépenses par l'Etat.

En ce qui concerne la dernière période sur laquelle nous avons effectué des regroupements, soit en 1980, nous pouvons constater que les Etats-Unis se retrouve exactement dans la même position en 1960, 1970 et 1980, c'est-à-dire que c'est ce pays qui dépense le plus en proportion de sa richesse collective, avec un secteur public de santé très peu développé.

Le Canada fait désormais partie du groupe de pays qui consacrent au système de santé une part de leur richesse collective inférieure à la moyenne des pays considérés et qui enregistrent une prise en charge importante de ces dépenses par l'Etat.

Les services

En 1960, nous retrouvons deux groupes de pays. Le premier, qui se caractérise par un fort niveau d'utilisation des services hospitaliers, est formé de la Finlande, la Suède, l'Autriche, l'Allemagne et la Norvège (tableau 6). Les Etats-Unis et le Canada constituent avec la France, le Danemark et l'Italie, le groupe de pays qui utilisent le moins de services hospitaliers.

Tableau 6

Regroupement des pays en fonction de l'utilisation des services hospitaliers

		1960	1970	1980
Journées d'hospitalisation Durée moyenne de séjour	+ +	Finlande, Suède/ Autriche, Allemagne, Norvège	Finlande, Suède	Finlande, Suède, Autriche, Allemagne, Grande-Bretagne Québec
Journées d'hospitalisation Durée moyenne de séjour	= =		Italie, Danemark, Norvège/ Autriche, Allemagne/ Grande-Bretagne, France	
Journées d'hospitalisation Durée moyenne de séjour	- -	France, Danemark, Etats-Unis/ Italie/ Canada	Etats-Unis, Belgique Irlande, Canada	Danemark, Norvège, France, Belgique/ Irlande, Etats-Unis/ Canada, Italie

Variables

Journées d'hospitalisation: $\frac{\text{Jours d'hospitalisation par an}}{\text{Population}}$

Durée moyenne de séjour: $\frac{\text{Jours d'hospitalisation}}{\text{Nombre d'admission}}$

Indicateurs

\+ au-dessus de la moyenne

= dans la moyenne

\- au-dessous de la moyenne

En 1970 et 1980, la Finlande et la Suède occupent toujours la même position de forts utilisateurs de services hospitaliers, tandis que les Etats-Unis et le Canada se rallient encore aux pays faibles utilisateurs de ces services.

De 1960 à 1980, la Norvège est le seul pays qui connait une diminution continue de son niveau d'utilisation de services hospitaliers. La France et le Danemark qui enregistrent une augmentation de leur utilisation en 1970 réintègrent le groupe des gros utilisateurs de services qu'ils avaient quittés en 1970.

Dans l'ensemble, nous observons des profils d'utilisation stables puisqu'après avoir investi de façon importante dans leurs systèmes de santé, les pays n'enregistrent plus par la suite de modification significative de leurs niveaux d'utilisation de services hospitaliers.

Les résultats

En 1960, ce sont la Suède, la Norvège, la Finlande et le Danemark qui enregistrent à la fois les meilleurs indicateurs de santé et de système (tableau 7). Le Canada et les Etats-Unis forment le deuxième groupe caractérisé à la fois par des indicateurs de résultats de santé et de systèmes moins bons. Mais ce sont, toutefois, l'Autriche, l'Allemagne et l'Italie qui malgré de meilleurs taux de couverture de soins enregistrent les moins bonnes performances en termes de résultats de santé.

Tableau 7

Regroupement des pays en fonction des indicateurs de résultats

		1960	1970	1980
Espérance de vie Taux de mortalité infantile Taux de mortalité par cirrhose du foie Taux de couverture des soins	+ + + +		Grande-Bretagne, Canada/ Finlande/ Belgique	Norvège, Canada/ Suède, Danemark, Finlande/ France Québec
Espérance de vie Taux de mortalité infantile Taux de mortalité par cirrhose du foie Taux de couverture des soins	= + + + +	Suède, Norvège/ Finlande, Danemark	Suède, Norvège/ Danemark	
Espérance de vie Taux de mortalité infantile Taux de mortalité par cirrhose du foie Taux de couverture des soins	= - + -	Etats-Unis, Canada		Grande-Bretagne, Belgique/ Irlande
Espérance de vie Taux de mortalité infantile Taux de mortalité par cirrhose du foie Taux de couverture des soins	= - - +	Autriche, Allemagne/ Italie/ France		
Espérance de vie Taux de mortalité infantile Taux de mortalité par cirrhose du foie Taux de couverture des soins	= - - -		Irlande, Etats-Unis/ Autriche, Allemagne, Italie/ France	Autriche, Allemagne, Italie/ Etats-Unis

Variables

Espérance de vie des hommes et des femmes
Nombre de mortalité infantile par naissance vivante
Taux de mortalité par cirrhose du foie par 100 000 par année
Taux de couverture pour les soins hospitaliers et ambulatoires

Indicateurs de performance

+ + très au-dessus de la moyenne
+ au-dessus de la moyenne
= dans la moyenne
- au-dessous de la moyenne

A partir de 1970, le Canada se rallie au groupe de pays qui enregistrent les meilleurs résultats tant de santé que de système. Par contre, sur la même période la situation des Etats-Unis se détériore puisque ce pays fait partie du même groupe que l'Italie, l'Autriche, l'Allemagne en 1970 et 1980 . La France fait aussi partie de ce groupe de pays enregistrant les moins bons résultats de santé et de système en 1970. Comme les Etats-Unis en 1970, la Grande-Bretagne et la Belgique enregistrent en 1980 une détérioration de leurs indicateurs de résultats.

Analyse de la performance relative des pays

Le critère d'efficience ou de productivité

L'analyse des relations entre le niveau des ressources financières et l'utilisation des services hospitaliers permet de faire les observations suivantes (tableau 8).

1) Les pays qui consacrent une grande partie de leur production intérieure brute à la santé et qui possèdent les secteurs publics de santé relativement les plus faibles (Etats-Unis de 1960 à 1980 et le Canada en 1960) sont aussi ceux où l'on dénombre le moins de jours d'hospitalisation par an. De plus les Etats-Unis enregistrent aussi les plus faibles durées moyennes de séjour hospitalier.

2) Sur la période de 1960 à 1980, le Canada qui se positionne parmi les plus faibles utilisateurs de services hospitaliers est le seul

Tableau 8

Classification des pays en fonction de l'indicateur d'efficience ou de productivité

Niveau de productivité		1960	1970	1980
Elevé	Niveau de dépenses faible Niveau de services élevé	Finlande Norvège Suède	Finlande	Finlande Autriche Grande-Bretagne
Moyen	Niveau de dépenses faible Niveau de services moyen		Allemagne, Autriche, Danemark, Italie, Grande-Bretagne, Norvège	
	Niveau de dépenses faible Niveau de services faible	Italie, Danemark France	Belgique, Irlande	Belgique, Norvège Italie, Canada
	Niveau de dépenses élevé Niveau de services élevé	Autriche Allemagne	Suède	Suède Allemagne
Faible	Niveau de dépenses élevé Niveau de services faible	Etats-Unis Canada	Etats-Unis Canada	Etats-Unis France Irlande

pays qui, à la fois a diminué l'importance relative de ses dépenses de santé et a augmenté celle de son secteur public de santé.

3) La Finlande et la Suède qui enregistrent les niveaux les plus élevés d'utilisation de services hospitaliers se regroupent soit avec les pays qui dépensent plus que la moyenne pour la santé (cas de la Suède en 1970 et 1980) ou soit qui dépensent moins que la moyenne et qui ont un secteur public de santé très développé (Finlande et Suède en 1960).

En résumé, la comparaison des indicateurs de productivité, soit le rapport entre les ressources investies et l'utilisation des services, nous permet d'observer qu'en 1980 ce sont la Finlande et l'Autriche qui sont les pays les plus performants. Le Canada qui avec les Etats-Unis constituaient en 1960 et 1970 le groupe de pays ayant les systèmes de santé les moins productifs, en 1980 le Canada augmente sa performance en diminuant l'importance relative de ses dépenses de santé alors que les Etats-Unis font toujours partie du groupe le moins performant.

Le critère d'efficacité

En mettant en relation les indicateurs d'utilisation de services hospitaliers et ceux de résultats de système (taux de couverture) et de santé, nous avons constaté les faits suivants en ce qui concerne l'efficacité des systèmes de santé considérés sur les années 1960, 1970 et 1980 (tableau 9).

Tableau 9

Classification des pays en fonction de l'indicateur d'efficacité

Niveau d'efficacité		1960	1970	1980
Elevé	Niveau de services faible Résultats élevés	Danemark	Canada Belgique Norvège	Danemark, Canada Norvège, France
Moyen	Niveau de services moyen Résultats élevés		Danemark, Norvège Grande-Bretagne	
	Niveau de services faible Résultats élevés	Suède, Norvège Finlande	Suède Finlande	Suède Finlande
	Niveau de services faible Résultats moyens	Etats-Unis Canada		Irlande Belgique
	Niveau de services élevé Résultats moyens			Grande-Bretagne
	Niveau de services faible Résultats faibles	Italie France	Irlande Etats-Unis	Italie Etats-Unis
	Niveau de services moyen Résultats faibles		France, Italie Autriche, Allemage	
Faible	Niveau de services élevé Résultats faibles	Autriche Allemagne		Autriche Allemagne

1) La Finlande et la Norvège se classent parmi les groupes enregistrant les meilleurs indicateurs de résultats de santé et de système et enregistrent aussi de hauts niveaux d'utilisation des services hospitaliers.

2) Les Etats-Unis qui, à partir de 1970, font partie des pays enregistrant les moins bons indicateurs de résultats se classent aussi parmi les plus faibles utilisateurs de services hospitaliers.

3) Le Canada qui enregistre aussi de faibles niveaux d'utilisation des services hospitaliers, améliore de 1960 à 1970 ses indicateurs de résultats pour ensuite se classer parmi les meilleurs pays.

4) Sur la période 1960-80, l'Allemagne et l'Autriche malgré une utilisation relativement importante des services hospitaliers se classent parmi les pays enregistrant les moins bons indicateurs de résultats.

En ce qui concerne l'efficacité en 1980, le Canada, la Norvège, le Danemark et la France sont très performants (faible utilisations de services et résultats élevés). Le Canada et la France ont accru leur efficacité depuis 1960 en améliorant leurs résultats. La Norvège et le Danemark enregistrent quant à eux de bonnes performances depuis 1960. Ce sont par ailleurs l'Autriche et l'Allemagne qui depuis 1960 inscrivent les moins bons indicateurs d'efficacité.

Le critère de rendement

Nous avons tenté d'évaluer le rendement des systèmes de santé considérés en mettant en relation le niveau et la structure des coûts de santé avec les niveaux des indicateurs de résultats de santé et de système. Nous avons ainsi pu identifier les phénomènes suivants pour les trois périodes d'observations que nous avons choisies (tableau 10).

1) Ce sont les pays scandinaves qui enregistrent les meilleurs rendements de leur système de santé.

2) Le Canada connaît une augmentation progressive de son rendement de 1960 à 1980 suite à une diminution constante de l'importance relative de ses dépenses de santé et de l'amélioration de ses indicateurs de résultats en 1970. Avant l'instauration du régime d'assurance-maladie, le Canada, qui avait un niveau élevé de dépenses de santé et des résultats de santé plus faibles que la moyenne des pays de l'OCDE, était dans une position similaire à celle des Etats-Unis. Après l'implantation du régime, le Canada obtient une amélioration notable de ses résultats de santé. Il se compare maintenant avantageusement avec les pays européens les plus développés tout en affectant à la santé une part de son PIB qui le situe dans la moyenne des pays de l'OCDE.

3) La Belgique est le seul autre pays qui enregistre un bon rendement de son système de santé.

Tableau 10

Classification des pays en fonction de l'indicateur de rendement

Niveau de rendement		1960	1970	1980
Elevé	Niveau de dépenses faible Résultats élevés	Norvège Finlande Danemark Suède	Norvège Finlande Danemark Belgique Grande-Bretagne	Norvège Finlande Danemark Canada
Moyen	Niveau de dépenses élevé Résultats élevés		Canada Suède	France Suède
	Niveau de dépenses faible Résultats moyens			Belgique Grande-Bretagne
	Niveau de dépenses élevé Résultats moyens	Etats-Unis Canada		Irlande
	Niveau de dépenses faible Résultats faibles	Italie France	Autriche, Italie, Irlande Allemagne, France	Autriche Italie
Faible	Niveau de dépenses élevé Résultats faibles	Autriche Allemagne	Etats-Unis	Etats-Unis Allemagne

4) Ce sont les Etats-Unis qui enregistrent la plus importante diminution du rendement de leur système de santé.

Le Québec, au début des années 80, consacre une part plus importante de son PIB à la santé que la moyenne des pays de l'OCDE. Cette dépense est, dans une très forte proportion, assumée par les pouvoirs publics. Le Québec, comme le Canada, se place en termes de résultats de santé parmi les pays les plus performants avec la Norvège, la Suède, la Finlande et le Danemark bien que la population soit exposée à des facteurs de risque élevés (taux de chômage et consommation d'alcool).

Globalement, ce sont le Canada, la Norvège, le Danemark et la Finlande qui forment le groupe de pays les plus performants. La Norvège, le Danemark et la Finlande enregistrent les meilleurs indicateurs de rendement depuis 1960, tandis que le Canada a amélioré ses résultats et diminué l'importance relative de ses dépenses depuis 1960 et 1970. Ce sont l'Allemagne et les Etats-Unis qui sont les moins performants en regard du rendement de leurs systèmes de santé depuis 1960.

En conclusion, nous pouvons donc affirmer qu'en regard des trois critères de performance considérés, la performance relative du système socio-sanitaire canadien (et implicitement celle du système québécois) a été très bonne durant les deux dernières décennies.

Cependant, il est encore très difficile d'apprécier de façon absolue l'efficience, l'efficacité et le rendement du système de santé du Québec qui lui-même entretient des relations très étroites avec le système social. C'est dans ce contexte qu'il faudra tenter lors d'études subséquentes, d'une part d'analyser des indicateurs plus micro des sous-systèmes santé et social, et d'autre part de mettre en relation les indicateurs respectifs de ces deux sous-systèmes. Cet exercice nous permettra de tirer des conclusions plus précises sur les relations entre 1) le fonctionnement et le financement et 2) entre les résultats des sous-systèmes santé et social.

5. Conclusion

Globalement, la performance du sytème socio-sanitaire québécois durant les 15 dernières années a été très bonne par rapport à celle des autres pays industrialisés aussi bien en ce qui concerne le degré d'accessibilité aux services, la couverture des programmes d'assurance-maladie, et des indicateurs généraux de santé et de bien-être qu'en ce qui concerne le contrôle des coûts. Mais les analyses que nous avons menées sur sa dynamique, son financement et ses coûts nous forcent à nuancer ce jugement.

Il semble en effet que le gouvernement québécois sera obligé, dans les années qui viennent, de continuer à contrôler fortement la croissance des coûts du systeme socio-sanitaire, compte tenu des prévisions que l'on peut faire sur l'évolution des finances

publiques et sur l'évolution de ces responsabilités sociales et économiques.

La question qui se pose alors est de savoir s'il sera possible de maintenir les acquis du système socio-sanitaire sans modifier les stimulants qui pèsent sur les comportements des principaux preneurs de décision, c'est-à-dire sans entreprendre une réforme des modalités organisationnelles qui le structure. La raison d'être de la Commission est de répondre à cette question et de proposer les moyens qui permettraient de résoudre ou du moins d'atténuer les problèmes de fonctionnement et de financement du système. Ces problèmes qui sont la manifestation des tensions et des incohérences qui caractérisent le système socio-sanitaire actuel, ne pourront trouver de solutions qu'à travers une analyse des principales tensions du système. Il faut pour commencer réaliser que le système socio-sanitaire est un système excessivement complexe qui est politiquement, économiquement et socialement très important. En effet par sa taille et par son rôle il interagit avec l'ensemble de la société et parce qu'il met en jeu les attentes et les angoisses les plus profondes de l'hommes il touche tous les citoyens à un moment donné ou à l'un autre de leur vie.

L'analyse de son fonctionnement nous a montré d'une part que sa dynamique s'explique par les motivations et les relations de pouvoir des différents acteurs qui y interagissent (les utilisateurs,

les professionnels, les organismes payeurs, les pouvoirs publics, la population) et d'autre part que sa régulation ne peut être assurée par les mécanismes de marché. Elle passe forcément par une structure réglementaire qui, par les incitatifs qu'elle contient, influence les acteurs de ce système.

L'enjeu global d'une réforme du système socio-sanitaire est donc de proposer des changements dans ses modalités organisationnelles de façon à réduire les tensions qui existent actuellement et d'inciter les principaux acteurs à agir dans le sens des finalités de santé et de bien-être que la société s'est fixées.

L'analyse du financement, des modalités de paiement, des ressources et des coûts nous amène à identifier deux grandes sources de tension.

La première est l'ajustement difficile entre une logique de besoins en matière de santé et de services sociaux et une logique administrative d'allocations budgétaires. La seconde résulte de l'équilibre difficile à atteindre entre les politiques de financement, les modalités de paiement, la nécessité de contrôler les coûts tout en s'assurant de l'efficacité des services à rencontrer les objectifs du système socio-sanitaire et le respect des valeurs collectives comme le maintien des libertés traditionnelles de la personne et les libertés des professionnels.

L'analyse des modalités de financement du système socio-sanitaire nous a permis d'observer que nous sommes passés durant les années 70 d'un système où les revenus s'ajustaient aux dépenses à un système de financement par allocation budgétaire globale à priori où les dépenses doivent s'ajuster aux revenus.

Les sommes affectées au système socio-sanitaire découlent ainsi d'un processus d'arbitrage politique entre les différentes responsabilités de l'Etat et non d'une analyse des besoins socio-sanitaires de la population.

Cette évolution dans les mécanismes de financement trouve sa justification dans l'impossible définition d'un niveau optimal de financement des services de santé et des services sociaux et dans les contraintes financières de plus en plus serrées qui s'imposent aux gouvernements fédéral et provinciaux.

Depuis le milieu des années 70, le gouvernement fédéral limite de plus en plus ses responsabilités dans le financement des services de santé et des services sociaux des provinces. L'évolution des modalités de financement des programmes à frais partagés permet de constater que le financement n'est plus lié aux coûts des programmes provinciaux mais à l'évolution des recettes fiscales du fédéral. La même tendance se manifeste au niveau provincial. Au Québec, depuis 1978, il n'existe plus de rubrique identifiée aux fins du financement des services de santé dans le calcul de l'impôt individuel sur les revenus.

La fraction provinciale du financement des services de santé est assurée à même les revenus généraux du Québec, sauf en ce qui concerne une contribution de 3% de la masse salariale exigée de tous les employeurs pour les fins spécifiques du financement des services médicaux. Cette fraction est déterminée, dans sa majeure partie, par un arbitrage au sein du Conseil des ministres entre les différentes missions gouvernementales, c'est-à-dire les missions sociale, éducative, économique et administrative.

Ces changements dans les modalités de financement deviennent pour le système socio-sanitaire de plus en plus contraignants et ce, d'autant plus, que les modalités organisationnelles qui encadrent les comportements des acteurs du système socio-sanitaire ont pour l'essentiel été mises en place au début des années 70 lorsque le financement du système obéissait plus à une logique des besoins qu'à une logique de rationnement des ressources.

C'est là que réside la deuxième source de tension. Il y a des incohérences de plus en plus manifestes entre les mécanismes de financement, les mécanismes de paiement des ressources et les modalités de contrôle des coûts.

La première manifestation de ces tensions est l'emphase de plus en plus grande qui est mise sur le contrôle des coûts. Il semble qu'il s'agisse là d'une fin en soi presque indépendante des finalités du système.

L'importance accordée au contrôle des coûts par rapport à celle accordée à l'atteinte des résultats se reflète par la quasi absence d'informations sur les résultats de santé et de bien-être. Les informations disponibles actuellement permettent en effet de suivre passablement bien l'évolution des coûts (surtout les dépenses publiques), assez bien celles des ressources, mal les services dispensés, et à peu près pas les résultats obtenus.

La croissance du secteur privé, ainsi que l'importance que prend le secteur des médecines parallèles dans le système socio-sanitaire est un autre indice de la tension qui existe entre le plafonnement du financement publique du système et sa dynamique de croissance.

Il est intéressant de noter que si le Québec a été particulièrement efficace dans le contrôle des coûts de son système, et en particulier de son système socio-sanitaire publique, c'est aussi la province où, bien qu'il reste faible, le secteur privé s'est développé le plus rapidement. Cette croissance du secteur privé observée à travers les statistiques officielles est certainement un minimum. En effet, on connaît mal les frontières exactes du système socio-sanitaire et par conséquent l'importance du système non officiel de services de santé et des services sociaux.

La croissance du secteur privé est en partie la conséquence du contrôle des coûts par un plafonnement des dépenses sans que les modalités organisationnelles du système soient adaptées à cette forme de contrôle.

Ainsi par exemple, le contrôle des coûts des services médicaux payés à l'acte a été obtenu en limitant la croissance des tarifs, le nombre des actes payables, et en établissant des objectifs tarifaires. Ces mesures qui ont été efficaces pendant quelques années pourront-elles continuer à donner des résultats dans un contexte où le nombre des médecins continue à augmenter rapidement par rapport à la population et où les revenus moyens des médecins du Québec se détériorent par rapport à ceux des médecins des autres provinces? La réponse est non. Il y a en effet une incohérence fondamentale entre un financement forfaitaire à priori et un paiement des ressources à posteriori en fonction du volume des services dispensés.

Le contrôle des coûts des hôpitaux, quant à lui, est obtenu d'une part en limitant le budget global des hôpitaux, ce qui contraint les administrateurs à réduire le volume des ressources employées puisqu'ils n'ont pas de pouvoir sur les prix des ressources. Et d'autre part, en contrôlant la construction et le développement des centres hospitaliers et l'acquisition d'équipements médicaux coûteux. Ces modalités de contrôle ont toutefois atteint leurs limites si l'on ne veut pas que l'accessibilité et la qualité des services se détériorent.

Pour rationaliser mieux l'emploi des ressources il deviendrait nécessaire de permettre une meilleure intégration des ressources en fonction d'une prise en charge globale des services à rendre à des populations définies.

Il faudrait dès lors que les modalités de financement ne cloisonnent plus chaque établissement ou chaque professionnel à l'intérieur d'une autonomie jalouse. Il faudrait que les dépenses d'immobilisation et celles de fonctionnement ne soient plus indépendantes l'une de l'autre comme elles le sont actuellement. Il faudrait que des arbitrages puissent exister entre le financement des services hospitaliers, et celui des services ambulatoires entre le financement des services curatifs et les activités de prévention, entre les services de santé et les services sociaux ou encore entre les services des différents professionnels.

L'absence d'une responsabilité acceptée formellement en échange d'une allocation financière aussi bien par les établissements que par les professionnels rend très difficile le contrôle des dépenses, et, à toute fin pratique, politiquement impossible de ne pas combler périodiquement les déficits. L'absence d'information sur les résultats et l'absence d'un certain concensus sur les critères de performances servant à évaluer les résultats obtenus hypothèquent considérablement les possiblités de contrôle du système et les chances qu'il puisse s'adapter à des situations changeantes.

En effet, les modalités de financement et de paiement n'incitent ni les établissements, ni les professionnels, ni les différentes organisations du système socio-sanitaire à assumer une responsabilité envers des populations spécifiques et définies. Elles ne poussent pas non plus les acteurs du système à s'assurer que

l'accessibilité de tous aux services de santé et aux services sociaux fondamentaux soit suffisante.

Il n'existe dans le système aucune sanction associée au fait de ne pas offrir à tous, tous les services que leur état requiert.

On a même l'impression que les incitatifs du système et en particulier les modalités de contrôle des coûts favorisent un certain mépris de cette responsabilité.

Pour terminer, notons que bien que le système socio-sanitaire du Québec ne soit pas en état de crise, et qu'il soit relativement performant par rapport aux autres, il est affecté par des tensions et des incohérences, qui, si elles ne sont pas réduites dans les années qui viennent vont hypothéquer très sérieusement l'avenir de notre système et l'atteinte des finalités de santé et de bien-être que nous nous sommes fixées.

BIBLIOGRAPHIE

Abel-Smith. "Maîtrise des coûts dans 12 pays européens", Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond. 37, 1984, pp. 351-468.

Abel-Smith. "Who is the Odd Man Out?: The Experience of Western Europe in Containing the Costs of Health Care", Milbank Memorial Fund Quaterly/Health and Society. Vol. 63, no 1, 1985, pp. 1-17.

Assemblée nationale. Rapport du vérificateur général du Québec. Mars 1984.

Association des diplômés-es de l'ENAP. La privatisation des services publics. Actes du colloque tenu à Montréal. Le 9 novembre 1984.

Association des hôpitaux du Canada. Privatiser les hôpitaux? Service de recherche et de développement, Ottawa, septembre 1985.

Association des hôpitaux du Québec. Financement du maintien et du renouvellement des immobilisations des centres hospitaliers publics du Québec. Novembre 1983.

Babson, J.H. Health Care Delivery System: A Multinational Survey. Pitman Medical, Londres, 1972.

Barer, M., Evans, R., Labelle R. The Frozen North: Controlling Physician Cost Through Controlling Fees - The Canadian Experience. Paper prepared for the Office of Technology Assessment, Washington, D.C., Nov. 1985.

Becker, M.H. "Patient Adherence to Prescribed Therapies". Medical Care, May, vol. 23, no 5, 1985, pp. 539-555.

Bégin, C., Labelle, B., Bouchard, F. "Le budget: le jeu derrière la structure". Comission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Québec, juin 1987.

Bellerose, P.P., Smith, A., Paquette, R., Tholl B. Statistics on Capital Spending in the Health Sector, Canada by provinces and U.S.A. Health Information Division, Health and Welfare, Canada, 1987.

Blum, H.L. Planning for Health. Human Sciences Press, 2nd edition, 1981.

Brunelle, Y. "A propos des H.M.O.", Direction générale de l'évaluation et de la planification. Ministère de la santé et des services sociaux. Janvier 1987.

Bureau de coordination des centres hospitaliers d'enseignement affiliés à l'Université de Montréal. Stratégie d'investissement et changements technologiques. Janvier 1985.

Bureau de la statistique du Québec. Comptes économiques des revenus et dépenses. Québec 1985.

Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Pineault, R. "Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé", Revue Epidémiologie et Santé Publique, Vol. 33, 1985, pp. 173-181, 1985.

Cochrane, A. "Discussion on the paper "Economics and Health: Developed Countries". In Economics and Health Policy, edited by Griffiths, A. and Bankowski, Z., 1980, pp. 72-75.

Collishaw, N.E. "Historique de l'évolution des modes de financement des services de santé au Canada", Act. Econ. avril-juin 1980, pp. 155-163.

Comité de coordination (Ass. d'établissements, conférence des CRSSS et représentants du MAS). Gestion financière des établissements du réseau des Affaires sociales. Rapport final, octobre 1984.

Comité sur la rémunération des professionnels de la santé, COREPS. Le système des honoraires modulés, Ministère des affaires sociales, Québec, 1980.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Quelques pistes de réflexion, Gouvernement du Québec, Québec, 987.

Conn, R.B., Aller, R.D., Lundberg, G.D. "Identifying costs of medical care", JAMA. March 15, 1985, vol. 253, no 11, pp. 1586-1589.

Conseil régional de la santé et des services sociaux Montréalmétropolitain (CRSSS-MM). Etude régionale de vétusté sur les déficiences des édifices et équipements des centres hospitaliers publics. Région 06-A. Juin 1984.

Conseil régional de la santé et des services sociaux Montréal-métropolitain (CRSSS-MM). Nouvelles sources de financement des immobilisations des centres hospitaliers publics de la région du Montréal-métropolitain. Avril 1985.

Conseil du trésor, Gouvernement du Québec. Livre des crédits. Années financières 1977-78 à 1986-87.

Conseil du trésor, Gouvernement du Québec. Répertoire des politiques administratives. Vol. 3, chap. 3, sujet 1 et 3, 1985.

Contandriopoulos, A.P. Un modèle du comportement des médecins en tant que producteurs de services", Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, 1976.

Contandriopoulos, A.P. Economie du système de la santé, dans Traité d'Anthropologie médicale, l'institution de la santé et de la maladie, édité par J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin, Presses de l'Université du Québec, Québec, 1985, pp. 443-479.

Contandriopoulos, A.-P., Fournier, M.-A. Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1972 à 1982 et projection pour 1986. Corporation professionnelle des médecins du Québec. Décembre 1986.

Contandriopoulos, A.P. Cost Containment Through Payment Mechanisms: The Quebec Experience, Journal of Public Health and Policy, Summer 1986, pp. 225-237.

Contandriopoulos, A.-P, Lemay, A. Evolution, composition et comparaisons des coûts du système de santé québécois. Rapport GRIS, R85-04, Université de Montréal, 1985.

Contandriopoulos, André-Piere, Lemay, Anne. L'évolution et la structure des coûts du système de santé et de services sociaux au Québec. GRIS, R86-01, Université de Montréal, 1986.

Contandriopoulos, A.P., Tessier, G. "Le transfert de l'administration hospitalière au secteur privé: une solution? Artère. Vol. 4, no 2, mars 1986.

Contandriopoulos, A.P., Tessier, G. Le financement du système de santé est-il à repenser? Opinion de la population du Québec et des administrateurs de la santé. GRIS, N85-02, Université de Montréal, 1985.

Contandriopoulos, A.P. "Stimulants économiques et utilisation des services médicaux". L'Actualité économique, avril-juin 1980, pp. 264-296.

Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Pineault R. "L'influence du paiement des ressources dans le système de santé: un cadre d'analyse". GRIS, N86-01, Université de Montréal, 1986.

Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Baris, E. "Les modalités de paiement des professionnels de la santé et les objectifs du système socio-sanitaire. Un bilan des expériences étrangères". GRIS, Université de Montréal, 1987 (à paraître).

Contandriopoulos, A.P., Fournier, M.A. "Les services médicaux du Québec". Etude préparée à la demande de U. Reinhart pour la monographie "Physicians Compensation under Fee-for-Service System", Princeton University, juin 1983.

Corin, E. "La santé: nouvelles conceptions, nouvelles images", dans Traité d'Anthropologie médicale, édité par J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin, Presses de l'université du Québec, Québec, pp. 45-74, 1985.

CREDOC. Alternative Methods of Physician Remuneration and Their Effects on Physician Activity. An International Comparison. Ed. Uwe E. Reinhardt, Simone Sandier, Paris, 1983.

Crichton, A. "Not the National Health Service, the Canadian Health Care System", Hosp. and Health Serv. Review. September. 1984, pp. 212-215.

Curtiss, F.R. "Deregulation of Health Care Financing", Am. Journ. of Hosp. Pharmacy. Vol. 42, May 1985, pp. 1136-1143.

Darbon, S., Letourmy, A. "La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo-classique?", Sciences Sociales et Santé, No 2, 1983, pp. 31-77.

Desrochers, G. "Le financement des établissements de santé et de services sociaux", Adm. publique du Canada. Automne 1979, vol. 22, no 3, pp. 367-379.

Desrochers, G. "La budgétisation des C.H. au Québec: rétrospective prospective", Adm. Hosp. et sociale. Septembre-Octobre 1985, pp. 27-37.

Dever, A., Champagne, F., Epidemiology in Health Services Management. Aspen Rockville, Maryland, 1984.

Dionne, G., Contandriopoulos, A.P. "Doctors and Their Workshops: A Review Article". Journal of Health Economics, vol. 4, 1985, pp. 21-33.

Donabedian, A. Aspects of Medical Care Administration, Harvard University Press, 1973.

Dumesnil, G., Fagnani, F. "Eléments d'analyse du système de santé", Revue française des affaires sociales, Janvier-mars 1975, pp. 103-130.

Dussault, G., Contandriopoulos, A.P., Fournier, M.A., Bilodeau, H. "La main-d'oeuvre socio-sanitaire au Québec". Un rapport pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, septembre 1987.

Egdahl, R.H., Talt, C.H. "Financial Incentives to Physicians", NEJM, vol. 315, no 1, July 1986, pp. 59-61.

Eisenberg, J.M. "Physician Utilization: the State of Research about Physicians Practice Patterns", Medical Care, May 1985, Vol. 23, no 5, pp. 461-483.

Epp, J. La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Santé et bien-être social Canada, Ottawa, 1986.

Etude régionale de vétusté sur les déficiences des édifices et équipements des centres hospitaliers publics. Région 06-A. Juin 1984, CRSSS-MM.

Evans, R.G. "Public Health Insurance: the Collective Purchase of Individual Care", Dep. of Economics, Univ. Br. Columbia, november 1985. Revised version of a paper presented at the 3rd. Symposium on Health and Economics, Universitaire Instelling Antwerpen Belgium, september 12-13, 1985.

Evans, R.G. "Illusions of Necessity: Evading Responsability for Choice in Health Care", Journal of Health Politics, Policy and Law. Vol. 10, no 3, Fall 1985, pp. 439-467.

Evans, R.G. "Modelling the Economic objectives of the Physician" in Fraser R. (ed.), Health Economics Symposium, Proceedings of the first canadian conference, 1974, pp. 33-45.

Evans, R.G. Strained Mercy: the Economics of Canadian Health Care, Toronto Butterworths, 1984.

Evans, R.G., Wolfson, A.D. Faith, Hope and Charity: Health Care in the Utility Function, Department of Economics, Discussion paper 80-46, Vancouver, University of British Columbia, 1980.

Evans, R.G. "Supplier Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications". The Economics of Health and Medical Care, Ed. by M. Perlman, A Halsted Press Book, 1973.

Evans, R.G. "Finding the Levers, Finding the Courage: Lessons From Cost-Containment in North American". Journal of Health Politics, Policy and Law, 1986, pp. 585-615.

Fein, F. "Sounding Board, Choosing the Arbiter the Market or the Government", NEJM. Vol. 313, no 2, 1985, pp. 113-115.

Fonds monétaires internationaux. Statistiques financières internationales. Mai 1985.

Fugère, D. "L'étude du financement fédéral dans les dépenses budgétaires du gouvernement du Québec en matière de santé et de services sociaux", Ministère de la Santé et des services sociaux. Document inédit, septembre 1986.

Gabel, J.R., Redish, M.A. "Alternative Physician Payment Methods: Incentives, Efficiency and National Health Insurance". Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society, vol. 57, no 1, 1979, pp. 38-59.

Gabel, J.R., Rice, T.H. "Reducing Public Expenditures for Physician Services: The Price of Paying Less". Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 9, no 4, winter 1985, pp. 595-609.

Gibson, R.M., Waldo, D.R., Levit, K.R. "National Health Expenditures 1982", Health Care Financing Review. Fall, 1983, no 1, p. 314.

Glaser, A.W. "Juggling Multiple Players: American Problems and Foreign Solutions", Inquiry. Vol. 21, Summer 1984, pp. 178-188.

Glaser, A.W. "Controlling Costs Through Methods of Paying Doctors: Experiences from Abroad". In Policies for the Containment of Health Care Costs & Expenditures, Ed. S.O. Schweitzer, U.S. Government Printing Office, DHEW Publication no (NIH), 1978, pp. 78-184.

Gosselin, R. "Decentralization/Regionalization in Health Care: The Quebec Experience", HCM Review. Winter 1984, pp. 7-25.

Gouvernement du Québec. Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux. Décret 1127-84, 16 mai 1984 (1984) G.O. 2, p. 2239.

Hogarth, J. The Payment of the Physician. Some European Comparisons. The MacMillan Company, New York, 1963.

Hornbrook, M.C., Hurtado, A.V., Johnson, R.E. "Health Care Episodes: Definition, Measurement and Use", Medical Care Review, vol. 42, no 2, Fall 1985, pp. 163-218.

Hornbrook, M., Berki, S.E. "Practice Mode and Payment Method: Effects on Use, Costs, Quality and Access". Medical Care, vol. 23, no 5, May 1985, pp. 484-511.

Inui, T.S., Carter, W.B. "Problems and Prospects for Health Services Research on Provider - Patient Communication", Medical Care, May 1985, Vol. 23, no 5, pp. 521-538.

Jenicek, M. et Cléroux, R. Epidémiologie clinique, clinimétrie, Edisem Inc., St-Hyacinthe, Québec et Maloine, S.A., Paris, 1985.

Johnson, A.N., Madson, R.A., Aquilina, D. "Cost-Shifting: the Discount Dilemma", Journal of Health Politics, Policy and Law. Vol. 9, no 2, summer 1984, pp. 251-267.

Labelle B. "Etude descriptive du processus d'allocation budgétaire. Réseau de la santé et des services sociaux", Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, avril 1986.

Lalonde, R. Nouvelle perspective de la santé des canadiens, Gouvernement du Canada, Ottawa, 1974.

Larson, J.S. "Cost Containment in Health Care: A Review and Recommendations", JHHRA. Spring 1985, pp. 443-444.

Launois, R.J., Le Touzé, D. Analyse économique des mesures prises en France afin de maîtriser la croissance des dépenses sanitaires. Etudes de droit et d'économie de la santé, ed. Didier Truchet Economica, 1982.

Lave, J.R. "Competitive Bidding and Public Insurance Programs", Journal of Health Economics. vol. 3, 1984, pp. 195-198.

Lee, S.S., Butler, L.M. "The Three Layered Cake - A Plan for Physician Compensation". NEJM, vol. 29, no 5, August 1974, pp. 253-256.

Leflaire, X. "Le budget comme instrument économique et politique", Groupe de recherche sur le processus d'allocation des ressources budgétaires. Août 1986.

Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980. Rapport du juge Hall, 1980.

Les arrangements fiscaux: vers un désengagement du gouvernement fédéral? Annexe F.

Lévy, E., Bungener, M., Duménil, G., Fagnani, F. Economie du système de santé, Dunod, Paris, 1975, 354 p.

Linton, A., Naylor, D. "Problems of Health Care in Canada", The Medical Journal of Australia. May 13, vol. 142, 1985, pp. 556-558.

Luft, H.S. "Competition and Regulation", Medical Care. May 1985, vol. 23, no 5, pp. 383-400.

Marcus, C. "Mode of Payment as a Predictor of Health Status, Use of Health Services and Preventive Health Behavior". Medical Care, vol. XIX, no 10, October 1981, pp. 995-1010.

Ministère des Affaires sociales. Rapports annuels des années financières 1971-72 à 1983-84.

Ministère des Affaires sociales. Le système de santé et de services sociaux au Québec. 1985.

Ministère des Affaires sociales. Normes et pratiques de gestion. Tome II, vol. 3 et tome I, vol. 1.

Ministère de la Santé et du bien-être social. Augmentation des échelles tarifaires de 1971 à 1986. Le Canada selon les provinces et territoires. Ottawa, septembre 1986.

Ministère de la Santé et des services sociaux. Evolution des dépenses gouvernementales pour la mission sociale, 1976-77 à 1985-86. MSSS, novembre 1985.

Ministère de la Santé et des services sociaux. Rapport financier annuel des établissements de santé.

Ministère de la Santé et des services sociaux. Services des données financières et opérationnelles. Formule AS-471. 1976-77 à 1984-85.

Ministère de la Santé et des services sociaux. Services des études opérationnelles. Système d'information financière et opérationnelle. Méthodologie. MSSS, octobre 1986.

Ministère de la Santé et des services sociaux. Gestion financière régionalisée. Document inédit, Direction de la budgétisation, 31 janvier 1985.

Ministery of Treasury and Economics and Intergovernmental Affairs. Ontario Statistics. Economic Series, 1975, vol. 2.

Navarro, V. "The Public/Private Mix in the Funding and Delivery of Health Services: An International Survey", American Journal of Public Health, Vol. 75, no 11, 1985, pp. 1318-1320.

Office of Technology Assessment (OTA). Payment for Physician Services: Strategies for Medicare, Washington, February 1986.

Organisation pour la coopération et le développement économique. Dépenses sociales, 1960-1990. O.C.D.E., Paris, 1985.

Organisation pour la coopération et le développement économique. La santé en chiffres, 1960-1983. Paris 1985.

Organisation pour la coopération et le développement économique. Taux de chômage standardisés. O.C.D.E., Paris, 1985.

Organisation pour la coopération et le développement économique. La santé: Financement et prestations. OCDE, Etudes de politiques sociales, no 4, Paris, 1987.

Organisation mondiale de la santé (OMS). Control of Health Care Costs in Social Security Systems. Euro Reports and Studies 55, Report on a Workshop, Vienne 25-28 mai, 1981.

Poullier, J.P., Sandier, S. Les politiques de santé, pouvoirs publics et financiers: qui contrôle quoi? Organisation et performances des systèmes de santé. Comparaisons internationales. Commissariat au plan 1985.

Penchansky, R., Thomas, W.J. "The Concept of Access, Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", Medical Care, XIX, no 2, février 1981, pp. 127-140.

Pineault, R., Contandriopoulos, A.P., Lessard, R. "The Quebec Health System: Care Objectives or Health Objectives?", Journal of Public Health Policy, Sept. 1985, pp. 394-409.

Pineault, R. et Daveluy, C. "Planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies, Agence d'Arc Inc., Montréal, 1986.

Pineault, R., Contandriopoulos, A.P. et Fournier, M.A. (1984) "Physicians Acceptance of an Alternative to Fee-for-Service Payment: A Possible Source of Change within Medicine". Int Journ of Health Services, vol. 15, no 3, 1985, pp. 419-430.

Rapport du comité sur la privatisation des sociétés d'Etat. De la révolution tranquille ... à l'an deux mille. Présenté à monsieur Pierre Fortier, ministre délégué à la privatisation, juin 1986.

Rapport du groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales. Premier rapport: L'organisation gouvernementale. 10 mars 1986. Deuxième rapport: La gestion des programmes gouvernementaux. 26 mai 1986.

Rapport final du groupe de travail sur la déréglementation. Règlementer moins et mieux. Juin 1986.

Régie de l'assurance-maladie. Rapports annuels. Années financières 1970 au 31 mars 1986.

Régie de l'assurance-maladie du Québec. Statistiques annuelles. 1975 à 1985.

Régie de l'Assurance-maladie du Québec. Effets de certaines mesures de la 2ième entente des médecins omnipraticiens sur leur activité dans le cadre du régime d'assurance-maladie, juin 1979.

Reinhardt, U.E. "Alternative Methods of Reimbursing Non-Institutional Providers of Health Services". In Institute of Medicare Controls on Health Care, National Academy of Sciences, Washington, D.C., 1975, pp. 139-174.

Reinhardt, U.E. "Future Trends in the Economics of Medical Practice and Care", Am. J. Cardiol. vol. 56, 1985, pp. 50C-59C.

Reinhardt, U.E. "A Production Function for Physician Services", Review of Economics and Statistiques, Vol. 53, 1972, pp. 55-66.

Reinhardt, U.E. "The Compensation of Physicians: the Experience Abroad", Abstract for the 1984's A.P.H.A. Conference, 1984.

Reinhardt, U.E. "Resource Allocation in Health Care: The Allocation of Lifestyle to Providers", The Milbank Quarterly, vol. 65, no 2, 1987, pp. 153-177.

Revue du syndicat de la médecine générale. Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique... et sin on était payé autrement?, avril-mai 1980, no 39.

Rice T.H. "The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician Induced Demand". Medical Care, August 1983, vol. 21, no 8, pp. 803-815.

Rivard, J.Y., Boudreau, T.J. Les effets de la rémunération et de l'organisation de l'exercice de la médecine sur les objectifs du système de santé. Ministère de la santé nationale et du Bien-être social, mai 1975.

Rivard, J.Y. La rémunération du corps médical. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Gouvernement du Québec, juillet 1970, annexe 13.

Rochaix, L. (1985), "Testing Supply Inducement: A Guided Tour Through the Jungle", University of York, England.

Rochaix, L. (1985), "Modelling Physicians' Behavior: A Review of the Theoretical Literature", University of York, England.

Roemer, M.I. "Bed Supply and Utilization: A Natural Experiment", Hospitals: Journal of the AHA, vol. 35, 1961, pp. 35-42.

Roemer, M.I. "The Public/Private Mix of Health Sector Financing: International Implications", Public Health Rev. 1984, vol. 12, pp. 119-130.

Santé et bien-être social Canada. Budget des dépenses 1983-84. Partie III, 1983.

Santé et bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada, 1960 à 1975. Ottawa 1979.

Santé et bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada, 1970 à 1980. Ottawa 1984.

Santé et bien-être social Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975 à 1985. Séries statistiques provisoires en voie de publication. Ottawa, 1986.

Santé et bien-être social Canada. Indicateurs du domaine de la santé. Canada et provinces. Ottawa, 1979.

Sapolsky, H.M. "Prospective Payment in Perspective". Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 11, no 4, 1986, pp. 633-645.

Secrétariat du Conseil du trésor. La gestion des finances gouvernementales. Description générale, 2e édition, revue et augmentée, Direction de la gestion financière, mars 1986.

Shapiro, H.T. "Paradox, Change and Choice: An Economist's View of Some Current Health Care Resources Issues", Am. J. Cardiol. vol. 56, 1985, pp. 3C-9C.

Sodestrom, L. Privatization: Adopt or Adapt? Un rapport pour la Commission d'enquête sur les services de santé. Dep. of Ecnomics, McGill University, février 1987.

Statistique Canada. Comptes économiques provinciaux. Catalogue 13-213.

Statistique Canada. Estimation de la population selon le sexe et l'âge. Catalogue 91-201 et 91-512. Diverses années.

Statistique Canada. Finances des administrations publiques locales. Catalogue 68-204.

Statistique Canada. Finances des administrations publiques provinciales. Catalogue 68-207, diverses années.

Statistique Canada. Prix à la consommation et indices de prix. Catalogue 62-001, diverses années.

Statistique Canada. Revue statistique du Canada. Juillet 1983.

Stoddart, G.L. "Publicly Financed Competition in Canadian Health Care Delivery: A Viable Alternative to Increased Regulation?", Dep. of Economics, McMaster University. 1985.

Stoddart, G.L., Labelle, R.J. Privatisation du système canadien de santé: assertions, faits idéologie et options. Ministère de la Santé nationale et du bien-être social, oct. 1985.

Tholl, W.G., Bellerose, P.P. "Capital Spending in the Canadian Health Sector: Data Sources and Selected Trends 1960-1985". Paper prepared for the Conference on Capital Needs and Financing in the Health Sector, CHERA, Halifax, June 1987.

Thompson, C., Youmans, J., Le Touzé, D. "Hospital Capital Shows Signs of Old Age", Dimension in Health Services. Nov. et déc. 1984.

Thurow, L. "Medicine Versus Economics", NEJM. Vol. 313, no 10, 1985, pp. 611-613.

Topics in Health Care Financing: Physician Compensation, Aspen Publication, Germantown, MD, vol. 4, no 3, spring 1978.

U.S. Department of Commerce. Estimates of the Population of the United-States, by Age, Sex and Race, Series P-25. Diverses années.

U.S. Congress, Office of Technology Assessment. Payment for Physician Services: Strategies for Medicare, O.T.A., H-294, Washington, D.C., Government Printing Office, Février 1986.

U.S. Congress, Senate, Special Committee on Aging. Medicare: Paying the Physician History, Issues and Options, prepared by L. Etheredge, Washington, D.C., Government Printing Office, march 1984.

Vladeck, B.C. "The Dilemma Between Competition and Community Service", Inquiry. 22, Summer 1985, pp. 115-121.

Van der Werff, A. "Planning and Management for Health in Periods of Economic Stringency and Instability" paper prepared for the European Conference on Planning and Management for Health, the Hague, W.H.O., 1984.

Vladeck, B.C. "Reforming Medicare Provider Payment". Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 10, no 3, fall 1985, pp. 513-533.

Weil, T.P. "Procompetition or more regulation?", HCMR. 1985, 10(3), pp. 27-35.

Wennberg, J. "On Patient Need, Equity, Supplier-Induced Demand, and the Need to Assess the Outcome of Common Medical Practices", Medical Care, vol. 23, no 3, may 1985, pp. 512-520.

Zweifel, P. "Supplier-Induced Demand in a Model of Physician Behavior", in Van der Gaad and Perlman (eds), Health, Economics, and Health Economics, North Holland: Amsterdam, 1981.

Zweifel, P. "Bonus Systems in Health Insurance, A Micro-Economic Analysis", Health Policy, vol. 7, 1987, pp. 273-288.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Gro[illegible] - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Lanu[illegible] - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*
No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*
No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*
No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*
No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*
No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*
No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*
No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*
No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1] Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8.. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

[illegible]nt de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.